

D^{re} Pascale Brillon, psychologue

Comment aider
les victimes souffrant de
STRESS POST-TRAUMATIQUE



Guide à l'intention
des thérapeutes

Comment aider
les victimes souffrant de
STRESS POST-TRAUMATIQUE

Édition : Danielle Choquette
Infographie : Johanne Lemay, Andréa Joseph
Illustrations : Andréa Joseph
Révision : Jocelyne Cormier
Correction : Nicolas Therrien et Jocelyne Cormier
Design de la couverture : Nancy Desrosiers
Illustration de la couverture : Net Vector / Shutterstock

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Titre : Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : guide à l'intention des thérapeutes / D^{re} Pascale Brillon, Ph. D.
Noms : Brillon, Pascale, 1969- auteur.
Description : 7^e édition. | Comprend des références bibliographiques.
Identifiants : Canadiana (livre imprimé) 20230058663 | Canadiana (livre numérique) 20230058671 | ISBN 9782761962346 | ISBN 9782761962353 (livre numérique)
Vedettes-matière : RVM : État de stress post-traumatique. | RVM : État de stress post-traumatique—Traitement. | RVM : Traumatisme psychique—Évaluation.
Classification : LCC RC552.P67 B739 2023 | CDD 616.85/21—dc23

09-23

© 2023, Les Éditions de l'Homme, division du Groupe Sogides inc., filiale de Québec Média inc. (Montréal, Québec)

© 2017, les Éditions Québec-Livres

Tous droits réservés

Dépôt légal : 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN (version papier) 978-2-7619-6234-6
ISBN (version numérique) 978-2-7619-6235-3

DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS :

Pour le Canada et les États-Unis :
MESSAGERIES ADP inc.*
Téléphone : 450-640-1237
Internet : www.messageries-adp.com
* filiale du Groupe Sogides inc., filiale de Québec Média inc.

Pour la France :
INTERFORUM ÉDITIS
Téléphone : 33 (0) 1 49 59 11 89 / 12 40
Service commandes France Métropolitaine
Téléphone : 33 (0) 2 38 32 71 00
Internet : www.interforum.fr
Service commandes Export — DOM-TOM
Internet : www.interforum.fr
Courriel : cdes-export@interforum.fr

Pour la Suisse :
INTERFORUM editis SUISSE
Téléphone : 41 (0) 26 460 80 60
Internet : www.interforumsuisse.ch
Courriel : office@interforumsuisse.ch
Distributeur : OLF S.A.
Commandes :
Téléphone : 41 (0) 26 467 53 33
Internet : www.olf.ch
Courriel : information@olf.ch

Pour la Belgique et le Luxembourg :
INTERFORUM BENELUX S.A.
Téléphone : 32 (0) 10 39 59 54
Internet : www.interforum.be
Courriel : Export.Belgique@interforum.fr

Gouvernement du Québec – Programme de crédit d'impôt pour l'édition de livres – Gestion SODEC – www.sodec.gouv.qc.ca

L'Éditeur bénéficie du soutien de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec pour son programme d'édition.



Conseil des arts du Canada | Canada Council for the Arts

Nous remercions le Conseil des arts du Canada de l'aide accordée à notre programme de publication.

Financé par le gouvernement du Canada
Funded by the Government of Canada

Canada

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour nos activités d'édition.

D^{re} Pascale Brillon, psychologue

Comment aider
les victimes souffrant de
STRESS POST-TRAUMATIQUE

Guide à l'intention
des thérapeutes

À Brigitte et Yves

CHERS COLLÈGUES...

Vivre un événement traumatique est malheureusement une expérience trop fréquente dans nos sociétés modernes. Subir un vol à main armée, être témoin d'une agression, être victime d'un viol, être impliqué dans un accident de voiture, survivre à un désastre naturel ou à une guerre civile sont des expériences potentiellement traumatisantes et qui entraînent souvent des séquelles psychologiques graves : des séquelles post-traumatiques.

Comme cliniciens, nous sommes particulièrement à même de constater les ravages psychologiques de ces événements. Aider les victimes à retrouver leur autonomie, leur qualité de vie, leur confiance dans les autres et dans la vie constitue un énorme défi thérapeutique. D'abord, parce que leur détresse nous interpelle profondément comme thérapeutes. La démarche thérapeutique avec des victimes est souvent très émotive, et leur détresse crue, poignante nous rejoint et nous touche profondément. La violence qu'elles ont subie nous émeut non seulement comme cliniciens, mais aussi comme citoyens de la même société. Le danger qu'elles ont côtoyé met en évidence notre propre mortalité et notre propre fragilité. Leur révolte et leur sentiment d'injustice trouvent écho en nous.

Les victimes présentent fréquemment des symptômes post-traumatiques très incapacitants qui affectent gravement leur quotidien. Ces symptômes exigent souvent une démarche thérapeutique plus longue et plus ardue qu'avec des patients souffrant d'autres symptômes anxieux. Ce que ces personnes ont vécu influence gravement leur perception de la vie, des gens et d'elles-mêmes. Leur amertume et leurs déceptions teintent leurs capacités de

confiance et d'abandon. Elles affectent le contact thérapeutique et peuvent compliquer leur démarche. Leurs séquelles sont souvent cristallisées et peuvent les rendre très réfractaires aux stratégies thérapeutiques. La démarche peut alors s'apparenter à un cul-de-sac et entraîner beaucoup d'impuissance, tant chez le thérapeute que chez la personne victime.

Dans ce travail thérapeutique, nous sommes souvent confrontés à plusieurs défis. Comment (bien) accompagner une victime de traumatisme ? Comment l'aider à retrouver le goût de vivre, le désir de recommencer à faire confiance à la vie et aux gens ? Comment faciliter son retour vers l'autonomie, l'autoactualisation et une belle qualité de vie ? Comment mieux comprendre le développement ou le maintien de symptômes chez certaines victimes ? Comment s'extirper d'une impasse thérapeutique ?

Mon travail de formatrice et de superviseuse m'a rapidement confrontée à ces interrogations cliniques. Le présent guide a été élaboré et peaufiné au fil des années et des difficultés rencontrées dans mon travail quotidien. Sous sa forme actuelle, il suggère des stratégies pouvant aider les personnes souffrant de séquelles post-traumatiques chroniques et incapacitantes. En ce sens, il ne présente pas les stratégies de prévention de cette détresse. Il vise plutôt une patientèle dont les ressources adaptatives, habituellement efficaces pour gérer les aléas du quotidien, sont submergées. Des personnes chez qui la détresse est à ce point importante qu'un traitement spécialisé est devenu indispensable...

Notre pratique clinique exige que nous puissions recourir à des guides facilement utilisables. Celui-ci se veut le plus «pratico-pratique» possible. Pour ce faire, il présente plusieurs exemples de cas inspirés de patients rencontrés afin d'illustrer les diverses notions présentées. De plus, il propose des instruments d'évaluation et des grilles de travail afin de faciliter au maximum l'intégration des stratégies présentées. Vous trouverez aussi des sections qui présentent des «difficultés thérapeutiques potentielles» suivies de suggestions qui pourraient éventuellement vous inspirer ou vous aider à sortir d'une impasse. Enfin, et parce que la science se doit d'être au service de notre travail, ce guide expose les résultats de recherche que nous avons jugés les plus intéressants et dont les

implications concrètes pourraient bonifier nos pratiques cliniques. Des références incontournables, mais bien sûr non exhaustives, se trouvent en fin d'ouvrage.

Certains pourraient objecter que ce guide est parfois trop concret, trop « technique », qu'il peut dénaturer la complexité thérapeutique dans sa démarche visant à en préciser les stratégies. Telle n'est pas notre intention. Nous savons qu'être thérapeute est tout un art. Et la démarche thérapeutique exige aussi autre chose que l'application de connaissances spécifiques. Dans cette perspective, la technicité est notre pire ennemi. Un trouble de stress post-traumatique constitue un trouble grave, incapacitant, souffrant et qui a tendance à se chroniciser. Plusieurs données indiquent qu'il ne saurait se prévenir en une seule séance de *debriefing*. Il ne saurait non plus se « guérir » en quelques brèves rencontres. Il semble évident qu'on n'aide pas une personne victime à l'aide de « techniques », et que des habiletés bienveillantes afin d'entretenir, de panser et de reconstruire un bris de confiance majeur en la vie et en la nature humaine sont indispensables.

Notre travail auprès des victimes exige beaucoup d'empathie et de douceur, de compassion et d'humilité. Il demande également de bonnes capacités de tolérance à l'horreur, ainsi que toute notre compétence relationnelle et notre rigueur professionnelle. Travailler avec des victimes est une vocation et constitue tout un art. Mais ce travail est également basé sur la science. Et en ce sens, la compétence clinique a aussi avantage à être opérationnalisée, apprise et pratiquée. Personne ne remet en question le statut d'artiste des grands peintres de la Renaissance. Or, qu'auraient-ils été sans la connaissance approfondie (et la pratique incessante) des techniques de perspective, d'ombres et de composition effectuées en atelier, sous la supervision d'un grand maître ?

Chers collègues¹, j'espère que vous tirerez quelques bénéfices de ce guide. Dans les outils, les réflexions, les données que nous pensons utiles dans notre travail avec cette patientèle. J'espère aussi que cet ouvrage saura vous faire partager mon admiration pour le

1. Le masculin comprend ici le féminin et n'est utilisé dans le texte qu'aux seules fins de l'alléger.

cheminement personnel des victimes de trauma, ces personnes que l'on pourrait qualifier d'« ordinaires », mais qui ont vécu des choses « extraordinaires ». Ces personnes qui profitent souvent de cette horreur pour grandir, pour comprendre, pour améliorer des éléments en elles-mêmes, certes, mais aussi autour d'elles. Ces victimes qui parviennent fréquemment à transcender ce contact avec la violence, avec la mort, avec le mal et qui reprennent goût à la vie, qui recommencent à faire confiance et qui reconstruisent une vision sereine de leur société. Nous savons que notre travail est exigeant mais, en même temps, tellement fascinant ! Fascinant parce qu'il nous interpelle quant aux ressources de l'être humain face à l'adversité, face à la violence, face à l'innommable. Fascinant aussi parce que ce contact thérapeutique est chaque fois unique, chaque fois inoubliable. J'espère pouvoir vous transmettre ma passion pour ce travail. Travail thérapeutique que, malgré sa complexité, ses difficultés et ses embûches, je considère souvent comme un véritable privilège.

Pascale Brillon

PRÉSENTATION DE L'AUTRICE

La D^{re} Pascale Brillon, Ph. D., est psychologue-psychothérapeute et professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, où elle dirige le laboratoire de recherche Trauma et Résilience. Elle est aussi la fondatrice de l'Institut Alpha de Montréal et a été rédactrice en chef de la revue *Science et Comportement*. Elle se spécialise dans l'évaluation, le traitement et l'étude du stress post-traumatique et du deuil à la suite d'une perte tragique. La D^{re} Brillon a reçu de nombreux prix soulignant l'excellence et le rayonnement de sa carrière et elle a été invitée à former des intervenants, des soignants, des psychologues et des psychiatres au Canada, en France, en Suisse, en Belgique, au Luxembourg et dans les Antilles françaises.

Elle a écrit, notamment, un guide à l'intention des personnes victimes, *Se relever d'un traumatisme : Réapprendre à vivre et à faire confiance*. Ce livre grand public est souvent utilisé en conjonction avec cet ouvrage ; en effet, le clinicien avisé pourra lire les chapitres décrivant les stratégies thérapeutiques au sein du présent ouvrage, puis demander à son patient de lire pendant la semaine le chapitre correspondant dans *Se relever d'un traumatisme*. Enfin, la D^{re} Brillon a produit un guide destiné aux endeuillés par mort tragique : *Quand la mort est traumatique : Passer du choc à la sérénité*, qui est conçu comme un livre de chevet pour les accompagner dans leur deuil douloureux. Tout dernièrement, elle a publié un livre visant à prévenir le trauma vicariant et la fatigue de compassion chez les soignants : *Entretenir ma vitalité d'aidant*.

PREMIÈRE PARTIE

**LES SYMPTÔMES
POST-TRAUMATIQUES:
DONNÉES ET DIAGNOSTIC**

CHAPITRE 1

LE TRAUMA EN QUELQUES DONNÉES

«Je n'en reviens pas que cela me soit arrivé! Moi qui croyais que cela ne se passait que dans les films... Ça me semble irréel. Depuis, je m'attarde sur les nouvelles qui font état de scènes de violence et les statistiques sur la criminalité. Il me semble que c'est si fréquent, maintenant! Si effrayant! Et pourtant, en même temps, je me sens tellement seul à vivre ces symptômes-là... Comme si j'étais un extraterrestre, que je ne me reconnaissais plus au sein des autres. Est-ce normal?»

Les personnes ayant vécu un événement traumatique sont souvent profondément bouleversées par ce qui leur est arrivé et se questionnent sur la prévalence de ces événements. Ont-elles vécu quelque chose d'exceptionnel? Risquent-elles de le revivre? Elles remettent aussi en question la «normalité» de leurs symptômes et ont besoin de se positionner face aux réactions courantes ou habituelles à la suite d'un tel événement. Souffrent-elles de troubles pathologiques? Leurs symptômes sont-ils connus et, surtout, traitables? Sont-elles différentes des autres victimes²?

Nous savons que les symptômes post-traumatiques découlent de l'expérience d'un événement traumatisant et qu'ils sont souvent incapacitants, souffrants, douloureux. En fait, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est l'un des rares troubles où un déclencheur de la détresse est identifié de façon aussi spécifique et évidente.

2. Le terme *victime* ici ne comporte pas de connotation péjorative, mais désigne toute personne ayant vécu un événement à potentiel traumatisant.

Prenons quelques minutes pour mieux préciser les caractéristiques de ces événements traumatiques et ainsi avoir un meilleur aperçu de l'ampleur des séquelles post-traumatiques au moyen de quelques données épidémiologiques³.

1.1 Les événements traumatiques sont-ils fréquents ?

On considère qu'un événement est «traumatique» lorsqu'il implique une exposition à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles (voir le DSM-5).

Conséquemment, plusieurs événements peuvent être potentiellement traumatisants. Mentionnons, par exemple, les *actes de violence interpersonnels*: les agressions physiques, les agressions sexuelles, les vols à main armée, la guerre, les camps de concentration, la torture, la séquestration, etc.; les *accidents causés par la main de l'homme ou l'erreur technique*: les accidents de voiture, les accidents de train ou d'avion, les naufrages de bateaux, les désastres écologiques ou nucléaires, les explosions, les incendies, la fuite de produits toxiques, les accidents de travail, etc.; et les *catastrophes naturelles*: les ouragans, les feux de forêt, les tremblements de terre, les raz-de-marée, les tempêtes, les inondations, les tornades, etc.

Il est important de mentionner que certaines expériences, bien que perturbantes ou même bouleversantes, correspondent peu aux événements qui sont habituellement considérés comme «traumatiques». Ainsi, une perte d'emploi, des difficultés financières, des tensions conjugales, des difficultés professionnelles constituent des expériences de vie difficiles, pénibles, mais sont plutôt considérées par le clinicien avisé comme des événements stressants. On pourra plutôt diagnostiquer les symptômes anxieux ou dépressifs qui les accompagnent comme des difficultés adaptatives (voir le chapitre 6).

Vivre un événement traumatique est-il fréquent? Les données épidémiologiques montrent que près de 90% des gens de la population générale vivront au moins un événement traumatisant ou profondément bouleversant au cours de leur vie (voir les travaux de Breslau, de Kessler, mais aussi ceux de Van Ameringen). Ces

3. Vous trouverez en fin d'ouvrage, par chapitre, toutes les références évoquées ou liées au contenu du texte.

données montrent que certains événements sont plus courants que d'autres. Ainsi, nous savons que les événements traumatiques les plus prévalents sont les suivants : la violence vécue par des proches (y compris la violence parentale et familiale) ; le fait d'être témoins de blessures ou de mort ; l'annonce de la mort soudaine et imprévisible d'un proche ; nous apprenons également que près de 20 à 40 % des gens vivront une expérience d'agression physique au cours de leur vie, et qu'autour du quart des gens vivront une agression physique grave dans le courant de leur vie (à titre d'exemple, voir le tableau ci-dessous).

Prévalence à vie des événements traumatiques dans la population générale

Type d'événement	Prévalence (%)
Traumas vécus par des proches ou le fait d'être témoins de blessures, de mort ou de cadavre (y compris la violence parentale et familiale)	35 %
Mort soudaine et imprévue d'un proche	31 %
Violence physique (enfance ou adulte)	23 %
Agressions/violences sexuelles	14 %
Traumas liés à la guerre (comme civil, militaire ou professionnel)	13 %
Accident grave de véhicule	14 %
Catastrophe naturelle	7 %
Maladie mortelle	11 %

Tableau tiré des données de Kessler *et al.*, 2017.

Des différences liées au sexe des victimes existent puisque les femmes risquent neuf fois plus d'être victimes de violence sexuelle que les hommes. Les données indiquent que de 13 à 40 % des femmes adultes ont vécu un type d'agression sexuelle dans le courant de leur vie (molestation ou harcèlement sexuels, contact sexuel non désiré utilisant la force, tentative de viol ou agression sexuelle grave). Par ailleurs, les accidents de voiture, les expériences de combat militaire et les agressions physiques sont plus fréquents chez les hommes (être assaillis, poignardés, gravement battus ou menacés par une arme) que les femmes. Nous ne pourrions terminer cette section sans mentionner que les prévalences

des agressions physiques et sexuelles sont souvent mal connues et minimisées chez les hommes. Il s'agit probablement d'un autre tabou social à faire tomber afin d'obtenir des données plus justes et représentatives (voir les excellents travaux de Godbout).

1.2 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Toutes les victimes ne souffrent pas d'un TSPT à la suite de leur expérience. En fait, la prévalence du TSPT *auprès des personnes victimes* s'évalue en général à un taux variant de 25 à 35%. C'est dire qu'environ le quart ou le tiers des victimes souffriront de TSPT à la suite de leur expérience traumatique. Ces données constituent des moyennes : ces prévalences peuvent être plus basses ou plus élevées pour certains types d'événements traumatiques ou conjonctions de facteurs de risque. Elles mettent aussi en évidence les facultés de résilience de la grande majorité des victimes (voir les travaux de Bonanno et ceux de Bryant).

Ainsi, nous savons que *certaines événements sont plus dévastateurs que d'autres sur le plan psychologique*, en ce sens qu'ils entraînent, en général, une plus forte proportion de détresse et de séquelles post-traumatiques chez les personnes qui les ont vécus. En effet, les données montrent que les événements de type « interpersonnel », et ceux causés par la main de l'humain sont généralement vécus comme plus traumatisants par les victimes comparativement à l'expérience d'un désastre naturel, par exemple. L'aspect *intentionnel*, arbitraire, de ces événements bouleverse de façon particulièrement grave la conception du monde et de la nature humaine de la victime (« Comment une telle méchanceté est-elle possible ? » « Dire que cela aurait pu être évité ! »). Ainsi, le viol, la torture et la séquestration constituent les événements qui entraînent le plus haut taux de symptômes post-traumatiques. Les chiffres sont particulièrement impressionnants pour les agressions sexuelles, puisque les données indiquent que près de 94% de ces victimes souffrent de trouble de stress aigu, qu'un peu plus de 65% des victimes démontrent un TSPT un mois plus tard alors que 50% continuent à souffrir de TSPT plus de trois mois plus tard.

L'*horreur* présente lors de l'événement traumatique ainsi que les aspects *imprévisibles* et *incontrôlables* de l'événement constituent

d'autres caractéristiques qui sont susceptibles de rendre l'événement encore plus dévastateur et d'entraîner davantage de séquelles post-traumatiques. (Les autres facteurs aggravants du développement du TSPT sont détaillés au chapitre 4.)

La prévalence à vie du TSPT dans la population générale est évaluée à environ 7 à 10% (voir les études de Breslau; de Kessler; de Van Ameringen). Une donnée reste constante dans toutes les recherches: les femmes présentent presque le double de TSPT. Les pourcentages tournent alors autour de 13 à 18% (travaux de Breslau; de Resnick). (Les facteurs explicatifs de cet écart sont présentés à la section 4.2.)

Certaines personnes de la population générale risquent davantage de développer un TSPT à cause du métier qu'elles exercent. Ainsi, les professionnels exposés à un fort potentiel de dangerosité (tels que les policiers, les ambulanciers, les premiers répondants, les pompiers, les soignants, etc.) sont plus susceptibles de vivre un événement traumatique et donc de développer un TSPT. Assister impuissant à la mort d'un enfant, être confronté à répétition à des scènes horribles d'accidents ou d'incendies, être témoin d'agressions ou d'actes terroristes ne sont que quelques-unes des situations vécues par ces professionnels, ce qui peut les fragiliser. De la même façon, les militaires et les travailleurs humanitaires démontrent aussi des pourcentages très élevés de TSPT en raison de leurs fonctions professionnelles. En effet, certaines expériences en mission sont bien au-delà de toute résistance humaine et peuvent entraîner des symptômes post-traumatiques graves. La peur, l'horreur ou l'impuissance ressenties ainsi que les blessures morales vécues constituent alors également des facteurs aggravants (ceux-ci seront détaillés au chapitre 4).

Types d'événements traumatiques vécus chez les personnes souffrant de TSPT et se présentant en consultation psychologique

Quels sont les événements traumatiques qui sont à l'origine de la consultation psychologique? Le tableau ci-dessous illustre le type d'événement traumatique qui constitue le motif de consultation. Les caractères gras désignent des *différences* statistiquement significatives entre les hommes et les femmes.

Ce tableau indique que la grande majorité des victimes femmes qui viennent consulter le font à la suite de violence sexuelle grave, alors que les victimes hommes consultent majoritairement à la suite de l'expérience militaire ou de l'observation d'une scène de crime.

Événement à la source du motif de consultation	Hommes	Femmes
Viol	5 %	30 %
Agression sexuelle	2 %	19 %
Agression physique	2 %	6 %
Combat militaire	29 %	–
Menace avec une arme	3 %	8 %
Accident	12 %	5 %
Incendie	5 %	4 %
Témoin de mort	25 %	5 %
Négligence dans l'enfance	3 %	2 %
Abus physique dans l'enfance	7 %	8 %

Tableau tiré des données de Kessler *et al.* (1995).

1.3 Évolution du TSPT non traité

Les données indiquent que près de 60% des victimes continuent à souffrir de symptômes significatifs plus d'un an après l'événement traumatique. De plus, nous savons que les symptômes post-traumatiques des victimes qui ne sont pas suivies thérapeutiquement ont tendance à se chroniciser pendant des années à la suite du trauma (voir les travaux de Chapman).

En fait, l'état de la symptomatologie post-traumatique à trois mois constitue un excellent indicateur de l'état de la symptomatologie post-traumatique à très long terme si la personne n'est pas traitée. En effet, pendant les trois premiers mois suivant un événement traumatique, les symptômes ont tendance à diminuer graduellement de façon naturelle : les ressources adaptatives de la victime s'activent, tentent de faire face à l'événement traumatique et de s'y adapter. L'entourage est mobilisé et peut offrir un soutien aidant. Pour plusieurs victimes, ces facteurs contribuent à atténuer

leur détresse et à favoriser un retour à la normale saine. Elles ne développeront pas de TSPT à long terme et auront réussi à « digérer » efficacement l'expérience traumatique.

Pour d'autres, le contexte traumatique, les facteurs aggravants déclencheurs, prétraumatiques et de maintien sont trop importants et les symptômes perdurent après trois mois. À ce moment, en l'absence de traitement, les symptômes ont tendance à s'installer pour de nombreuses années. Des mécanismes de maintien se mettent aussi en place et contribuent à cette chronicisation des symptômes : processus de renforcement de l'évitement, distorsions cognitives autoconfirmatoires, épuisement des ressources adaptatives, apparition d'un soutien social négatif, estime de soi négative associée aux symptômes, organisation de la vie quotidienne en fonction de l'évitement. L'état de la victime a de moins en moins de chances de s'améliorer naturellement et sa détresse devient sa nouvelle façon d'être, sa nouvelle façon de vivre. Cet état de fait explique pourquoi le DSM considérerait les symptômes présents depuis plus de trois mois comme relevant du « TSPT chronique ».

CHAPITRE 2

LE DIAGNOSTIC DE TSPT

Gabrielle⁴ est une jeune professeure de mathématiques brillante. Un soir, alors qu'elle sort de son bureau, elle est agressée sexuellement par un homme dans le stationnement de l'université. Depuis, elle souffre de fatigue, de difficultés de concentration et d'irritabilité. Elle a l'impression de perdre constamment la mémoire. Elle se sent constamment en état d'alerte, sur ses gardes, et elle fuit maintenant les lieux publics. Elle est actuellement incapable d'enseigner et évite l'université. Des images dérangeantes de l'agression s'imposent à sa conscience et des émotions de terreur remontent lors de ces moments. Elle a de la difficulté à parler de cet événement et elle semble même quelquefois détachée pendant la rencontre. Elle ne trouve plus de sens à sa vie, elle ressent une violente remise en question de sens et doute maintenant de l'existence de Dieu. Elle trouve les hommes dégueulasses et a l'impression qu'ils sont tous des violeurs potentiels.

Comment comprendre les symptômes de Gabrielle ? Qu'est-ce qui vous permettrait de conclure à un trouble de stress post-traumatique ? Souffre-t-elle plutôt d'état de stress aigu ? Ou alors de trouble d'adaptation avec humeur anxieuse ? Quels sont les symptômes qui pourraient se greffer à ses réactions post-traumatiques ?

4. Les descriptions de cas présentées dans ce livre sont tirées d'expériences réelles. Pour des besoins de confidentialité, des prénoms fictifs sont utilisés et certains détails ont été modifiés.

Nous connaissons maintenant beaucoup mieux les réactions communes à la suite de l'expérience d'un événement traumatique et les facteurs aggravants de ceux-ci, mais ces connaissances sont étonnamment récentes...

2.1 Le TSPT : une reconnaissance contemporaine

Au vu de l'Histoire, les symptômes post-traumatiques sont une découverte récente. Pourtant, les épisodes horribles qui ont jalonné l'histoire tumultueuse de l'humanité ne peuvent que nous porter à croire que de tels symptômes ont été vécus de tout temps. Que penser des horreurs qu'ont endurées les soldats de la guerre de Troie, du choc psychologique consécutif à l'ensevelissement de Pompéi par l'éruption du Vésuve dans la Rome antique ? Et que dire des tortures de l'Inquisition, des massacres des croisades au Moyen Âge, des horreurs inhérentes de l'esclavage américain, des traumatisés de la Révolution française ? Sans compter les victimes invisibles d'inceste, d'agression physique ou sexuelle, la liste des tragédies humaines s'allonge indéfiniment. La guerre, la famine, la violence ou les désastres naturels ont malheureusement existé depuis que le monde est monde. Là où il y a de l'homme, il y a de l'hommerie, dit-on avec justesse.

Or, malgré ces multiples événements traumatiques et les tragédies antérieures, ce n'est que depuis la fin du XIX^e siècle que nous possédons des informations plus rigoureuses sur les réactions humaines possibles, « normales » ou pathologiques, à un traumatisme. Ainsi, en 1889, Oppenheim remarque d'étranges symptômes chez des accidentés de chemins de fer et utilise, le premier, les termes « névrose traumatique ». Les accidentés qu'il examine présentent des perturbations du sommeil avec cauchemars, une grande irritabilité, des souvenirs terrifiants de l'accident. Il considère à ce moment que ces symptômes sont principalement dus à des lésions cérébrales causées par des éclats de métal. Plus tard, Charcot, Freud et Janet soulignent les symptômes graves présentés par des femmes victimes d'inceste ou agressées sexuellement. À l'époque, ces symptômes sont désignés sous le nom de « névrose hystérique ». À la lumière des connaissances actuelles, certains auteurs contemporains affirment que ces symptômes correspondent à des symptômes post-traumatiques (Herman, en particulier).

Plus tard, la psychiatrie militaire se penche sur la « névrose de guerre » (textes de Mott ; Grinker et Spiegel), sur le « choc des tranchées » (textes de Southard ; Myers) et sur la « traumatophobie » (Rado, 1942) pour désigner l'ensemble des symptômes démontrés par des soldats impliqués dans les Première et Seconde Guerres mondiales. On avait alors remarqué chez eux des symptômes troublants, tels que des cauchemars, des réactions de sursaut exagérées, de l'impulsivité, la terreur du combat, une anxiété très forte rendant impossible le service militaire ou le retour sur le champ de bataille. On considère d'abord une cause organique à ces symptômes en envisageant des atteintes cérébrales causées par des éclats d'obus. Cependant, le nombre imposant de soldats n'ayant jamais vécu de blessures physiques, mais souffrant aussi de ces symptômes contribue à l'abandon de cette explication. La recherche sur les causes de ces manifestations est toutefois lancée... Malheureusement, parce qu'on ne comprend pas encore l'origine de ces symptômes, les soldats en détresse de l'époque sont souvent traités avec mépris par les autorités militaires, qui les considèrent comme des lâches ou, pire, des déserteurs.

Vers la même époque, ces symptômes sont aussi observés chez des civils. Lindemann décrit en 1944 le syndrome de « deuil aigu » chez des civils impliqués dans l'incendie tragique de Boston. Après la fin de la Seconde Guerre mondiale, on parle de « syndrome du survivant » ou de « syndrome des camps de concentration » pour désigner l'agitation, les souvenirs horribles, la terreur et l'anxiété vécus par d'anciens prisonniers de guerre et des survivants de camps de concentration nazis (travaux d'Eitinger, puis de Berger).

La guerre du Vietnam et les séquelles psychologiques graves démontrées par de nombreux vétérans américains provoquent une onde de choc et une véritable conscientisation sociale et scientifique pour les réactions post-traumatiques dans les années 1970. En effet, face au nombre effarant d'entre eux qui présentent des symptômes post-traumatiques, il n'est plus possible de considérer ces vétérans comme des lâches, des faibles ou des fous. Il faut reconnaître le caractère horrible, inhumain et profondément traumatisant de ce qu'ils avaient vécu... et l'impact négatif de ces expériences sur la psyché humaine. Les mouvements pacifistes américains très activistes

contribuent alors à faire reconnaître socialement les conséquences psychologiques de la guerre du Vietnam et, par conséquent, de toute expérience militaire. On observe alors une flambée d'intérêt pour l'étude scientifique des symptômes post-traumatiques.

Dans les mêmes années, des études mettent au jour les séquelles d'un tout autre type de traumatisme : l'agression sexuelle. On remarque, chez ces victimes, des symptômes graves qui comportent des similitudes troublantes avec ceux des vétérans traumatisés, population pourtant diamétralement différente : crainte, anxiété, évitement de situations liées au traumatisme, *flash-back* de l'agression qui sont d'abord désignés sous le vocable de « syndrome de viol » (voir l'article célèbre de Burgess et Holmstrom, les travaux de Nadelson, puis ceux de Kilpatrick). À son tour, le mouvement féministe permet de faire reconnaître le taux élevé d'agressions sexuelles chez les femmes nord-américaines et la gravité de ses séquelles. Cette conscientisation a contribué à encourager fortement et à faire financer la recherche sur les séquelles post-traumatiques.

L'intérêt social et empirique pour cet ensemble de symptômes a ainsi favorisé sa reconnaissance diagnostique et son intégration nosologique au sein du DSM-III en 1980. En 1987, le DSM-III-R propose quatre critères pour diagnostiquer un TSPT :

- A) Avoir vécu un événement hors du commun ;
- B) Revivre l'événement en images, en cauchemars ou en *flash-back* ;
- C) Éviter fortement les éléments associés à l'événement ou se sentir émoussé émotivement ;
- D) Présenter des signes d'hyperactivité neurovégétative.

Cette reconnaissance nosologique permet à la recherche sur le TSPT de prendre son véritable essor. Même si le système DSM ou la CIM (classification internationale des maladies) comportent plusieurs limites notables (réductionnisme de l'expérience phénoménologique traumatique, rigidité des critères, choix arbitraires du nombre de symptômes nécessaires à son diagnostic, par exemple ; voir la fin de la section 2.2.), ils permettent une véritable unification de ce que l'on entend par symptômes post-traumatiques et favorisent conséquemment une standardisation propice à la

recherche empirique et à l'opérationnalisation de traitements psychologiques. De nombreuses études scientifiques, de plus en plus rigoureuses et auprès de populations de plus en plus diverses, ont porté depuis sur les facteurs aggravants potentiels, les manifestations post-traumatiques, les meilleures façons de les évaluer et l'efficacité réelle des traitements psychologiques offerts.

En 1994, le DSM-IV maintient les critères B, C et D, mais apporte deux changements importants :

- 1) Il modifie le critère A. Face aux nombreuses données indiquant que les événements traumatiques sont plus courants qu'envisagés (voir le chapitre 1), il ne s'agit plus maintenant d'avoir vécu un événement « hors du commun » (comme défini en 1987 par le DSM-III-R), mais un événement qui a) a été perçu comme une menace à sa vie ou à son intégrité physique, et qui b) a provoqué une réaction de peur intense, d'impuissance ou d'horreur. Cette modification laisse donc davantage de place à l'évaluation subjective du potentiel traumatisant de l'événement, et ce, par la victime elle-même.
- 2) Il crée un nouveau diagnostic, soit l'état de stress aigu (ETA), qui désigne un ensemble de réactions survenant *dans le premier mois* qui suit un événement traumatique. L'ETA peut être envisagé rapidement à la suite de l'expérience traumatique, mais pour qu'on puisse diagnostiquer un TSPT, les symptômes doivent durer un mois. Il inclut alors une forte composante dissociative qui a maintenant disparu (il fallait alors au moins trois réactions dissociatives pour le diagnostiquer).

En 2015, le DSM-5 apporte aussi des modifications importantes.

D'abord, il enlève le TSPT de la grande catégorie des troubles anxieux pour créer une nouvelle classification : *Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress*. Cette catégorie comprendra désormais le trouble réactionnel de l'attachement, le trouble de désinhibition du contact social, le TSPT et le trouble de stress aigu.

De plus, le diagnostic de TSPT comporte de nombreuses modifications : 1) cette version redéfinit le critère A d'événement

traumatique en enlevant la dimension émotionnelle exigée autrefois (ancien critère A2: «la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur»). De plus, elle précise maintenant clairement les violences sexuelles; 2) elle détache les symptômes d'évitement des anciens symptômes d'émoussement pour en faire des critères distincts (critères C et D actuels) et précise maintenant les divers types d'évitement possibles (évitement des stimuli internes et/ou des stimuli externes); 3) elle inclut dorénavant des symptômes d'interprétation et de distorsions cognitives (D2 et D3) au sein d'une nouvelle catégorie «Altérations négatives des cognitions et émotions»; et 4) elle détaille davantage les symptômes d'irritabilité et d'impulsivité dans le dernier critère «Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité» en ajoutant les accès de colère et les gestes d'agressivité verbale ou physique ainsi que les comportements irréflechis ou autodestructeurs (E1 et E2).

2.2 Les critères diagnostiques du TSPT

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 1, les victimes de traumatismes ne souffriront pas toutes de TSPT. Cependant, une très grande majorité souffrira d'un ou de plusieurs symptômes post-traumatiques à la suite de l'événement. Voici les critères permettant le diagnostic de TSPT tirés du DSM-5 (version française, Éditions Masson, 2015).

Critère A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou de plusieurs façons suivantes :

- A1) En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques;
- A2) En étant témoin direct de ces événements survenus à d'autres personnes;
- A3) En apprenant que ces événements sont arrivés à un membre de la famille proche ou un ami proche;
- A4) En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives de ces événements (surtout dans le cadre de son travail).

Exemples d'événements traumatiques potentiels

Avoir subi une agression physique ou sexuelle

Être victime de séquestration ou de torture

Combat militaire

Accident grave de véhicule ou dans un chantier de construction

Catastrophe naturelle

Subir ou être témoin de violence conjugale ou familiale

Abus sexuel ou physique dans l'enfance

Être témoin d'un événement traumatique, de misère sociale ou de scènes perturbantes

Apprendre qu'un être cher a été exposé à une menace à sa vie ou à son intégrité physique/sexuelle

Travail humanitaire ou de coopération internationale

Travail de premier répondant ou d'enquêteur (lié au système de justice, exigeant d'être exposé à des informations, des scènes ou des crimes perturbants)

Critère B. Présence d'au moins un symptôme envahissant :

- B1) Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement, provoquant un sentiment de détresse ;
- B2) Rêves répétitifs dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement, provoquant un sentiment de détresse ;
- B3) Réactions dissociatives (p. ex. *flash-back*) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si l'événement allait se reproduire ;
- B4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- B5) Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

Note : Les symptômes démontrés en B4 et en B5 peuvent même prendre la forme d'une attaque de panique. En effet, la peur de vivre un autre événement traumatique est quelquefois tellement forte chez certaines victimes que les symptômes de détresse et d'anxiété peuvent aller jusqu'à une montée intense de panique et ressembler à une attaque proprement dite (avec palpitations, hyperventilation, sueurs froides, peur intense).

Critères	Exemples de manifestation de ces symptômes
B1	«Je n'arrête pas d'avoir des images du vol à main armée.» «Je ne peux pas m'empêcher de penser sans arrêt à cet accident.»
B2	«Je me réveille tout en sueur après avoir fait des rêves de violence.» «Je fais des cauchemars dans lesquels je vois des cadavres comme ceux que j'ai vus au Rwanda.»
B3	«Je me suis sentie déconnectée, détachée de la réalité quand j'ai entendu la voix de l'agresseur.» «Quand j'ai senti cette odeur de brûlé, j'ai eu une image très forte de l'incendie qui s'est imposée à moi.»
B4	«Hier dans le métro, j'ai croisé un homme qui ressemblait à l'agresseur et je me suis senti très en détresse.» «Je me suis sentie très vulnérable quand je suis remontée en voiture.»
B5	«Je me sens très anxieux quand je suis à la banque; mes mains sont moites, j'ai des palpitations et des étourdissements.» «Je me sens paniquée dans un endroit public; j'ai la bouche sèche, le cœur qui bat très fort, je n'ai qu'une envie, partir et rentrer chez moi.»

Critère C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique, comme en témoigne au moins une des deux manifestations suivantes :

- C1) Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments associés à l'événement ;
- C2) Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs ou des sentiments associés à l'événement.

Note : Le critère C1 désigne l'évitement des stimuli *internes* alors que le critère C2 cible l'évitement des stimuli *externes*.

Critères	Exemples de manifestation de ces symptômes
C1	«Quand la tristesse monte, je chante un air joyeux tellement je ne veux pas me laisser pleurer.» «Lorsque des images de l'agression me reviennent en mémoire, je fais tout pour me distraire et passer à autre chose.»
C2	«Depuis le vol à main armée, je ne suis plus jamais retournée dans une banque, je fais toutes mes transactions sur Internet.» «Je trouve plein d'excuses pour ne plus me rendre au centre-ville.»

Critère D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :

- D1) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- D2) Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, les autres ou le monde ;
- D3) Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'événement traumatique qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer les autres ;
- D4) État émotionnel négatif persistant ;
- D5) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- D6) Sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
- D7) Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.

Note : Les critères D1, D2 et D3 correspondent aux symptômes d'altération cognitive, alors que les critères D4, D5, D6 et D7 constituent des symptômes d'altération émotionnelle. Il s'agit d'un bel ajout du DSM-5 et qui répond aux critères formulés à la suite du DSM-IV sur l'absence de critères cognitifs post-traumatiques. Cette dernière dimension plus dysthymique de la sphère post-traumatique peut être plus difficile à distinguer d'un trouble de dépression majeure comorbide distinct, car les critères comportent des similarités importantes (voir le chapitre 6).

Critères	Exemples de manifestation de ces symptômes
D1	«C'est bizarre, je suis incapable de me rappeler son visage.» «Je suis incapable de me souvenir de ce que j'ai fait juste avant l'incendie.»
D2	«Cet événement montre bien que je suis né sous une mauvaise étoile et que j'attire le malheur.» «Le monde est dégueulasse et on ne peut faire confiance à personne.»
D3	«Je suis vraiment mortifié car, malgré ce que me disent mes amis, je me sens complètement responsable de ce qui s'est produit.» «Tous les hommes sont des violeurs potentiels et je ne me sens en sécurité nulle part.»

D4	«Je me sens constamment honteuse de ce que j'ai vécu, et indigne de la gentillesse de mon entourage.» «Je me sens dans un cul-de-sac, l'agression a détruit tous mes rêves et ma confiance en moi; ça m'a brisé et je pleure constamment.»
D5	«Ça ne me tente même plus d'aller faire du sport; ce désintérêt ne me ressemble pas.» «Je me retire dans ma chambre, je n'ai envie de voir personne, mon groupe d'amis m'indiffère.»
D6	«Je me désintéresse complètement des autres; ce qu'ils vivent me laisse froid et je trouve tout futile et superficiel.» «Même avec mes amis, je me sens si seul et si différent des autres maintenant.»
D7	«Je suis complètement incapable d'exprimer de l'affection à ma femme depuis le vol. Et je n'ai plus aucun désir pour elle.» «Il faut que je me force pour montrer de l'intérêt et de la tendresse à mes enfants.»

Critère E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement traumatique, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :

- E1) Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
- E2) Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
- E3) Hypervigilance ;
- E4) Réaction de sursaut exagérée ;
- E5) Problèmes de concentration ;
- E6) Perturbation de sommeil.

Note : Le DSM-5 ajoute des détails concernant l'irritabilité et les accès de colère ainsi qu'un critère de comportement impulsif, irréfléchi ou autodestructeur (E2). Les critères E5 et E6 comportent aussi des similitudes avec les critères de dépression majeure (voir le chapitre 6).

Critères	Exemples de manifestation de ces symptômes
E1	«Je n'ai aucune tolérance. Tout le monde me tape sur les nerfs!» «Je suis devenu soudainement très irritable, j'explose pour un rien et ensuite je me sens très coupable.»
E2	«Après notre dispute, j'ai pris la voiture et j'ai roulé à une vitesse folle sur l'autoroute; je me foutais des conséquences.» «À la suite de l'explosion près de la base militaire, j'ai foncé en criant vers l'ennemi, je me sentais invincible, comme si la mort ne pouvait plus me toucher.»
E3	«Je me sens tout le temps en état d'alerte, sur mes gardes, à regarder où sont les sorties de secours.» «Je suis fébrile, agitée intérieurement, je tente de repérer les menaces potentielles.»
E4	«Je sursaute au moindre bruit suspect.» «Je réagis de façon exagérée.»
E5	«J'oublie plein de choses; il faut que je me fasse des listes, sinon je ne retiens rien.» «C'est bizarre, je suis incapable de lire un livre. J'ai de la difficulté à suivre l'intrigue et je dois relire la même page plusieurs fois.»
E6	«Je suis incapable de dormir dans le noir. J'attends le lever du jour. Mon sommeil est agité et non récupérateur.» «Je me réveille en pleine nuit et suis incapable de me rendormir.»

Critère F. Durée de plus d'un mois

Les symptômes B, C, D et E doivent durer depuis plus d'un mois pour qu'on puisse diagnostiquer un TSPT.

Critère G. Détresse importante

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier dans le diagnostic s'il s'agit de TSPT :

Avec symptômes dissociatifs. Le sujet éprouve avec persistance et récurrence l'un ou l'autre des symptômes persistants suivants: 1) Dépersonnalisation: expériences de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps, 2) Déréalisation: expériences d'un sentiment d'irréalité de son environnement.

À expression retardée. Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que six mois après son événement traumatique.

Note : Il est quelquefois difficile de distinguer entre la déréalisation et la dépersonnalisation. Mentionnons, pour ce faire, que la dépersonnalisation désigne une perception altérée de sa *personne* (sentiment d’être dans un rêve, se voir flotter au-dessus de la scène, percevoir ses membres comme plus grands ou plus petits, etc.), alors que la déréalisation constitue une perception altérée de la *réalité* (percevoir le monde comme étant irréel, voir les choses, les sons ou les gens déformés).

Le TSPT à expression retardée (le DSM-IV utilisait le vocable « avec survenue différée ») désigne, pour sa part, une absence de l’ensemble des réactions à la suite de l’événement traumatique (même si le début et l’expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). Ces symptômes sont considérés comme en état de latence et réapparaîtront plus tard, souvent à la suite d’un événement déclencheur.

Le TSPT comprend sept critères, incluant quatre catégories de symptômes

Critères diagnostiques	Minimum requis
A. Événement traumatique	Exposition à la mort, à une menace de mort ou de blessure, ou à des violences sexuelles
B. Symptômes envahissants	1 des 5 symptômes possibles
C. Évitement	1 des 2 symptômes possibles
D. Altérations des cognitions et de l’humeur	2 des 7 symptômes possibles
E. Altérations de l’éveil et de la réactivité	2 des 6 symptômes possibles
F. Durée d’un mois	Durée minimale d’un mois symptomatique
G. Détresse significative	Souffrance significative ou altération du fonctionnement dans des domaines significatifs

Il est encore une fois important de mentionner que même si les nosologies du DSM et de la CIM ont beaucoup contribué à systématiser nos méthodes d’évaluation, favorisé la recherche scientifique et facilité un langage commun entre professionnels, elles présentent des inconvénients. Ainsi, pour certains, elles minimisent certaines dimensions émotionnelles et cognitives des

victimes qui sont pourtant cruciales et courantes à la suite d'un trauma (bouleversement émotionnel, remises en question spirituelles, interrogations face à ses relations interpersonnelles, révolte face aux autres ou au monde, dévalorisation importante, etc.). Il est également important de rappeler que ce système nosologique comporte une certaine rigidité : ainsi, la présence de « seulement » un symptôme pour le critère D (qui en exige deux) compromet le diagnostic de TSPT alors qu'une détresse réelle pourrait être présente et que des symptômes peuvent être plus nombreux au sein d'autres catégories. Il importe en ce sens que le clinicien peaufine son évaluation de la symptomatologie en documentant toutes les sphères de la vie quotidienne affectées par l'expérience traumatique (voir le chapitre 6).

2.3 Le trouble de stress aigu (TSA)

Le trouble de stress aigu (TSA) constitue une opérationnalisation de ce que nous nommons familièrement l'« état de choc » autrefois. Il désigne la réaction immédiate de la personne à la suite d'un événement traumatique. Le TSA comporte plusieurs similitudes avec le trouble de stress post-traumatique. En effet, il faut avoir vécu un événement traumatique qui est défini de la même façon que pour le TSPT (même critère A). Il faut aussi que la victime souffre d'au moins neuf symptômes de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, dissociatifs, d'évitement et d'éveil ainsi qu'humeur négative définis presque de la même façon que pour le TSPT. La durée de la détresse est de trois jours à un mois après l'exposition au traumatisme.

Le TSA tel qu'il est défini par le DSM-IV insistait sur les symptômes dissociatifs (il en fallait au moins trois), mais cette obligation n'est plus nécessaire pour le DSM-5. Évidemment, le TSA et le TSPT sont mutuellement exclusifs à cause du critère de durée. En présence de détresse immédiate à la suite de l'événement traumatique, les cliniciens pourraient utiliser le diagnostic de TSA ou de trouble d'adaptation pendant le premier mois pour ensuite envisager un TSPT si les symptômes persistent et concordent avec ce diagnostic (le chapitre 6 détaille les distinctions propres au diagnostic différentiel).

2.4 Le TSPT se présente rarement seul

Le TSPT s'accompagne souvent d'autres réactions psychologiques. Les données montrent en effet que la majorité des victimes souffrent d'un autre trouble psychologique de façon comorbide aux symptômes post-traumatiques. La détresse post-traumatique ne se limite en effet pas seulement aux symptômes du TSPT décrits plus haut et l'expérience phénoménologique d'une personne victime est beaucoup plus complexe et riche.

Dépression. Certaines victimes peuvent se sentir particulièrement déprimées à la suite de cet événement. En fait, nous savons que près de 50 à 70% des personnes souffrant de TSPT (hommes et femmes) souffriront en même temps, ou ont souffert dans le courant de leur vie, d'un autre trouble de l'humeur de façon simultanée (voir aussi les travaux de Sareen ; Kessler ; Pietrzak). Elles peuvent vivre une importante perte d'intérêt pour des activités qui étaient pourtant plaisantes avant l'événement, une grande tristesse, un manque d'énergie, une perte d'appétit ou de poids ou un sentiment grave de dévalorisation. Avoir été confronté à un tel événement bouleverse les conceptions de la vie et des gens et entraîne souvent des remises en question douloureuses. La vie semble inutile, futile, insensée, et cette perception favorise la tristesse. Les victimes se sentent différentes des autres, hypothéquées ; elles peuvent se replier sur elles-mêmes et ne pas envisager de fin à leur souffrance. La culpabilité, la honte et le sentiment de trahison sont souvent omniprésents. Les symptômes de deuil, dans le cas de la mort d'un proche liée à l'événement (êtres chers décédés lors d'un accident ou d'un incendie, collègue décédé ou gravement handicapé dans l'explosion d'une usine, confrère abattu lors d'un acte terroriste, etc.), sont aussi courants et peuvent complexifier l'adaptation post-traumatique.

Tentatives de suicide. Ces symptômes dépressifs sont quelquefois si douloureux que certaines personnes envisagent de mettre fin à leur vie. Rappelons que le risque de se suicider pour une personne souffrant de trouble anxieux est près de cinq à sept fois supérieur à celui d'une personne de la population générale (travaux d'Allgulander ; Szadoczky ; Sareen). Comparativement

aux autres troubles anxieux, les personnes souffrant de TSPT présentent les taux les plus élevés de risques suicidaires et les plus bas de soutien social. De nombreuses études mettent en évidence le rôle protecteur du soutien social, puisque plus celui-ci est important, moins le risque suicidaire est élevé.

L'intensité de la détresse post-traumatique constitue un facteur aggravant du risque suicidaire. Par exemple, chez les *soldats* souffrant de TSPT, ceux qui ont fait une tentative de suicide rapportent significativement plus de symptômes post-traumatiques, de dépression et d'anxiété que ceux souffrant de TSPT qui n'ont pas fait de tentatives (Freeman et Moore, 2000). Ce résultat est éloquent, car aucune différence n'est observée sur les autres critères entre les deux groupes (exposition au combat, présence de douleur, de dissociation ou histoire d'abus d'alcool et de substances). Une étude auprès de vétérans du Vietnam montre que 19% ont fait une tentative de suicide et que 15% ont des idéations suicidaires depuis la guerre. Cinq facteurs sont associés aux tentatives : la culpabilité envers leurs actions militaires (particulièrement envers le meurtre de femmes ou d'enfants pendant la guerre), la culpabilité du survivant, la dépression, l'anxiété et le TSPT (travaux d'Hendin et Haas). Chez les *femmes*, la présence de TSPT joue le rôle important de médiateur entre l'abus physique de la part du conjoint et le taux de suicide (travaux de Thompson). En effet, des données montrent que les femmes qui ont fait une tentative de suicide présentent trois fois plus de risques de souffrir de TSPT, d'abus physiques et psychologiques de la part de leur conjoint que celles n'ayant pas fait de tentatives.

Séquelles physiques. Certaines personnes garderont des séquelles physiques de l'événement traumatique, ce qui aggravera leur adaptation. Pensons, par exemple, aux cicatrices laissées par l'accident ou l'agression, à l'amputation ou à la perte de jouissance d'un membre, aux maux de dos ou de tête chroniques, ou à une paralysie d'une partie du corps. Ces séquelles constituent souvent des rappels constants de l'événement traumatique et peuvent contribuer à maintenir les symptômes : « Quand je vois ma cicatrice sur ma main, le visage de mon agresseur me revient en mémoire », « Je voudrais tant oublier cet incendie, mais être en fauteuil roulant pour le restant de mes jours me le rappelle

constamment», «J'ai toujours mal au dos, je suis révoltée contre cet automobiliste qui a détruit ma qualité de vie». De plus, ces séquelles obligent la victime à faire le deuil douloureux d'une condition physique «normale», de plusieurs activités plaisantes ou d'une certaine vision de soi. Ces deuils importants se juxtaposent au choc traumatique lui-même et peuvent, eux aussi, exacerber les symptômes dépressifs.

Anxiété. À la suite de l'expérience traumatique, les symptômes d'anxiété vécus antérieurement peuvent s'aggraver : certaines personnes présentent davantage d'attaques de panique parallèlement aux réactions post-traumatiques, c'est-à-dire des moments de malaise intense, notamment des palpitations cardiaques, des bouffées de chaleur, une sensation d'étouffement ou d'étourdissement, des tremblements. Ces attaques peuvent avoir lieu quand la victime est en contact avec des éléments ou des situations qui ressemblent à l'événement, mais pas uniquement. En effet, certaines personnes observent une généralisation de leur anxiété dans d'autres situations, comme cette femme qui a été agressée dans une banque et qui a maintenant peur d'aller au guichet automatique, puis au centre commercial, et enfin dans tous les lieux publics, même s'ils sont agréables, par exemple dans un parc. Cette personne pourrait aussi commencer à anticiper ces sensations physiques et craindre de faire une crise cardiaque. D'autres individus peuvent ressentir beaucoup d'inquiétude face à l'avenir, à leur situation financière ou à la santé de leurs proches. Ces manifestations d'anxiété peuvent constituer une exacerbation de symptômes anxieux présents antérieurement (en l'occurrence, ici, des symptômes de trouble panique ou de trouble d'anxiété généralisée) ou se développer pendant la période post-traumatique, car il s'agit d'un moment de grande vulnérabilité (voir le chapitre 6 pour le diagnostic différentiel).

Abus et dépendance à des substances. Parce que les symptômes post-traumatiques et dépressifs sont très souffrants et profondément désagréables, certaines personnes se sentent plus attirées par l'alcool ou la drogue. En effet, la prise d'alcool ou de drogue a souvent un effet apaisant ou euphorisant immédiat. Elle peut servir à fuir une réalité trop pénible ou des sensations trop

douloureuses. Malheureusement, ce soulagement immédiat joue le rôle de renforcement très puissant : la victime a tendance à vouloir revivre ces sensations soulageantes et se retrouve piégée dans un cercle vicieux d'accoutumance, de dépendance, ce qui maintient à son tour les symptômes post-traumatiques. Nous savons que près de la moitié des hommes souffrant de TSPT présentent en même temps des symptômes graves d'abus et de dépendance à l'alcool à la suite d'un événement traumatique. Nous savons aussi qu'en général, près de la moitié des personnes souffrant d'un trouble d'abus d'alcool souffre également de troubles anxieux.

Difficultés relationnelles. Ces symptômes post-traumatiques dépressifs ou de dépendance peuvent causer ou aggraver des difficultés relationnelles importantes. En effet, l'irritabilité de la victime, sa faible tolérance au stress, ses difficultés de sommeil, ses comportements d'évitement, sa réactivité, sa tristesse ou sa perte d'intérêt se répercutent souvent sur tout son entourage. Les relations avec le conjoint et les enfants en sont négativement affectées, et s'ensuivent alors des tensions, des disputes ou même des ruptures. Les victimes de trauma interpersonnel (c'est-à-dire qui implique un autre être humain, comme dans les cas de viol, d'agression, de torture ou de guerre) présentent souvent beaucoup plus de difficultés dans leurs relations interpersonnelles par la suite. Elles souffrent de difficultés à refaire confiance, à s'abandonner physiquement et émotionnellement, à exprimer des sentiments tendres, à recevoir des marques d'affection ou, au contraire, à tolérer les conflits, pourtant normaux au sein de toute relation. En fait, l'événement traumatique affecte profondément l'interaction entre la victime et son entourage. En retour, l'attitude des proches va affecter la convalescence de la victime. Vont-ils réagir avec douceur, bienveillance, empathie ? Avec exaspération, blâme, stigmatisation, rejet ? Ces réactions auront à leur tour un impact sur la victime : culpabilité, colère, tristesse, retrait social, approche des autres, etc.

La personne victime montre quelquefois un *manque important de désir sexuel* ou exprime de fortes craintes liées aux relations sexuelles. Cette situation est particulièrement marquée chez les

victimes d'agressions sexuelles, mais les personnes souffrant de dépression démontrent souvent les mêmes difficultés puisque la perte d'intérêt généralisée ou la tristesse affecte négativement la libido, la capacité d'abandon et le désir. Ces difficultés sexuelles peuvent être mal interprétées par le conjoint et créer une tension supplémentaire.

Enfin, des *difficultés professionnelles* peuvent aussi se juxtaposer aux symptômes post-traumatiques. Bien sûr, si l'événement traumatique s'est produit sur les lieux de travail (accident de travail, suicide d'un collègue, agression, etc.), le retour au travail risque de faire remonter des pensées intrusives douloureuses de l'événement, des réactions d'anxiété ou de détresse. Cependant, même si l'événement traumatique ne s'est pas produit sur les lieux de travail, les symptômes de la victime affectent négativement sa productivité, ses capacités d'attention, sa capacité de gérer son stress ou d'effectuer des tâches sous pression et de façon simultanée. De la même façon, on observe une altération de ses relations avec son employeur ou ses collègues ainsi qu'une perte d'intérêt pour ses tâches ou un taux élevé d'absentéisme. Des symptômes post-traumatiques graves empêchent souvent la personne de fonctionner de façon adéquate au travail et exigent souvent un retrait temporaire de ses tâches professionnelles.

Pourcentage de victimes souffrant de troubles comorbides au TSPT

Comorbidité par sexe chez les victimes	Hommes	Femmes
Aucune comorbidité	12 %	21 %
Un trouble comorbide	15 %	17 %
Deux troubles comorbides	14 %	18 %

Données tirées de Kessler *et al.* (1995).

Les principaux troubles comorbides au TSPT sont la *dépression majeure* et l'*abus d'alcool* (pour ce dernier, surtout chez les hommes). En effet, 52% des hommes souffrant de TSPT souffrent aussi

d'abus d'alcool, voire de dépendance, contre 28% chez les victimes femmes. Quant à la dépression majeure, c'est dans la moitié des cas que l'on observe une comorbidité avec le TSPT, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes.

Troubles présents de façon comorbide au TSPT

Trouble comorbide	Population		
	Hommes et femmes ¹	Hommes ²	Femmes ²
Dépression majeure	35 %	48 %	49 %
Dysthymie	10 %	21 %	23 %
Abus d'alcool	42 %	52 %	28 %
Abus de drogue	22 %	35 %	27 %
Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	28 %	17 %	15 %
Trouble panique	24 %	7 %	13 %
Phobie sociale	19 %	28 %	28 %
Phobie spécifique	37 %	31 %	29 %

Tableau tiré des données de 1: Pietrzak (2012); 2: Kessler et al. (1995).

DEUXIÈME PARTIE

**COMPRENDRE
LES SYMPTÔMES
POST-TRAUMATIQUES**

CHAPITRE 3

BIEN CONCEPTUALISER LE TSPT

Pourquoi développe-t-on des symptômes post-traumatiques à la suite d'un événement grave ayant menacé notre vie ou celle d'autrui? Quel est le processus sous-jacent au développement de telles réactions? Quel est l'impact des caractéristiques de l'événement par rapport à d'autres variables modératrices? Comment expliquer qu'une telle expérience entraîne des symptômes envahissants ou de l'hypervigilance?

De nombreux théoriciens ont tenté de se pencher sur ces questions et de mieux comprendre le développement du TSPT à la suite d'un événement traumatique. Plusieurs conceptualisations étiologiques ont émergé de ces réflexions. Nous vous présentons ici quatre modèles qui ont été choisis parce qu'ils ont marqué le domaine et qu'ils conçoivent les symptômes post-traumatiques selon des angles distincts. De plus, ils constituent des modèles qui peuvent être décrits et explicités aux victimes au cours de leur démarche thérapeutique afin de leur permettre de mieux comprendre leurs réactions (voir le chapitre 7 pour les critères permettant de bien choisir un modèle explicatif selon les symptômes démontrés et les objectifs thérapeutiques).

3.1 Le modèle de conditionnement de Mowrer (1960)

Ce modèle comportemental est fortement inspiré des travaux de Pavlov et de Skinner sur les mécanismes d'apprentissage par conditionnement classique et opérant. Il a été adapté par Keane,

Fairbank et ses collègues en 1985 pour les symptômes post-traumatiques suivant un traumatisme militaire (voir aussi Keane, Zimmering et Caddell, 1985), ainsi que par Kilpatrick *et al.* pour le TSPT suivant une agression sexuelle. Selon ce modèle, deux principes d'apprentissage, soit le conditionnement classique (apprentissage des réponses de peur) et le conditionnement opérant (apprentissage des comportements d'évitement), expliquent le développement et le maintien du TSPT.

Les symptômes du TSPT s'expliquent d'abord par un *conditionnement classique aversif*. Les stimuli neutres (bruits, objets, odeurs, cognitions, sensations physiques) qui sont présents en même temps que le stimulus inconditionnel (l'événement traumatique) acquièrent les propriétés aversives de ce stimulus. Par la suite, leur seule présence provoquera une réponse conditionnée, c'est-à-dire une réponse anxieuse similaire à celle provoquée par l'événement traumatique original, soit des réactions émotives et physiologiques intenses de détresse, de peur et d'inconfort. Les stimuli neutres deviennent donc des stimuli conditionnels, lesquels acquièrent eux aussi la capacité de conditionner d'autres stimuli présents en même temps ou d'autres stimuli qui leur ressemblent, et ce, par les mécanismes de *conditionnement « de second ordre » et de généralisation des stimuli*. Ainsi, une grande quantité de stimuli neutres (et non seulement ceux directement associés à l'événement traumatique) acquièrent les propriétés aversives de l'événement original, c'est-à-dire la capacité de provoquer de l'anxiété, de la détresse et de la peur.

Parallèlement à cet apprentissage, l'individu apprend par conditionnement opérant à utiliser des comportements d'évitement afin de ne pas être exposé aux stimuli conditionnels perçus comme aversifs : c'est le *mécanisme de renforcement négatif*, ou de renforcement par soustraction d'un stimulus aversif. Tout comportement d'évitement et d'échappement qui possède le potentiel de diminuer ou d'éliminer les réactions aversives sera renforcé (fuir une situation, annuler un rendez-vous, éviter le travail, etc.). De la même façon, les comportements de détachement émotionnel, d'agressivité ou de consommation abusive de drogue ou d'alcool seront fonctionnellement répétés, car ils sont incompatibles avec l'anxiété.

Ce modèle explique-t-il bien les symptômes du TSPT ?

En intégrant le conditionnement classique, ce modèle parvient à expliquer les réactions anxieuses de la victime à des stimuli antérieurement et actuellement inoffensifs, mais maintenant très anxio-gènes parce que ceux-ci ont été associés directement à l'événement traumatique. Ce modèle permet aussi de mieux comprendre (grâce aux processus de généralisation des stimuli et de conditionnement de second ordre) pourquoi la victime développe des réponses anxieuses à des stimuli absents lors du trauma, mais associés à celui-ci (le four qui suscite une réaction anxio-gène chez la victime à la suite d'un incendie, par exemple). En agissant dans le temps, ces principes expliquent le maintien et l'aggravation de la symptomatologie puisque de plus en plus de stimuli provoqueront des réponses conditionnées douloureuses et aversives.

De plus, l'inclusion de la notion de renforcement négatif parvient à expliquer le développement de comportements d'évitement, de retrait social et l'adoption de comportements inhabituels chez la victime : abus de drogue et d'alcool ou états qui sont incompatibles avec l'anxiété (comme l'agressivité ou les réactions dissociatives). Ces comportements, parce qu'efficaces pour ne pas être en contact avec les émotions douloureuses associées au trauma, seront très résistants à l'extinction, ce qui explique la persistance de ces symptômes longtemps après que d'autres ont diminué significativement.

Cependant, ce modèle présente certaines failles : il explique moins bien la présence de certains symptômes importants du TSPT, tels que les symptômes envahissants, l'hyperactivité neuro-végétative et l'émoussement de la réactivité générale.

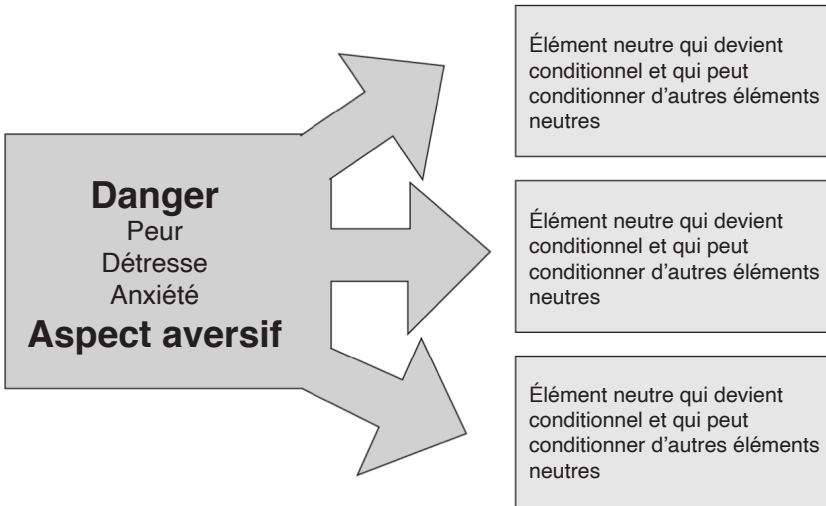
Commentaires relatifs au modèle

Ce modèle offre plusieurs avantages : il explique de façon puissante certains symptômes post-traumatiques, surtout ceux reliés à l'évitement et à la réactivité aux éléments conditionnés. Il est à cet effet tributaire de la théorie comportementale et peut très bien accompagner la psychopédagogie sur les stratégies d'exposition.

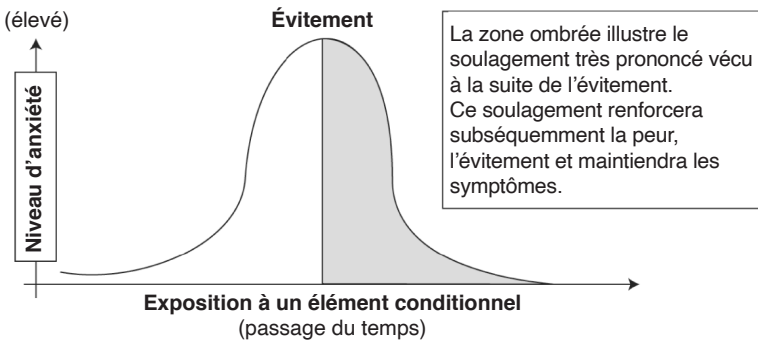
Malheureusement, il néglige un peu l'expérience phénoménologique des victimes et peut sembler se focaliser uniquement sur

les aspects « automatiques » et comportementaux de l'expérience post-traumatique. Il aurait avantage à être jumelé en clinique avec un autre modèle et à inclure d'autres aspects afin de bien rendre compte de toute la diversité des réactions émotionnelles et cognitives post-traumatiques spécifiques à la victime.

Mécanisme de conditionnement classique



Mécanisme de conditionnement négatif



3.2 Le modèle de traitement émotionnel de Foa et al. (1989)

Selon ce modèle, c'est l'attribution d'une signification de danger à un lien stimulus-réponse autrefois considéré comme sécuritaire ou neutre dans la structure de peur qui serait à la base du développement du TSPT. Une structure de peur consiste en un réseau complexe d'interconnexions dont l'objectif premier est de préparer l'individu à une réaction de défense ou de fuite face à un danger. Elle s'intègre dans le système neuronal et constitue un réseau stable reliant entre eux a) les stimuli associés à l'événement (objets, lieux, sensations, odeurs, etc.); b) les interprétations associées à ces éléments; et c) les réponses physiologiques et le comportement.

Selon ces auteurs, la structure de peur des personnes souffrant de TSPT diffère de celle des phobies selon trois aspects: les réponses sont plus intenses, la structure est plus complexe, étendue et elle est plus facilement accessible. La structure post-traumatique comporte ainsi beaucoup plus de significations de danger et d'incompétence, la rendant très généralisée et dévalorisante. L'exposition à des stimuli similaires à ceux enregistrés dans la structure active tout le réseau d'interconnexions, ce qui déclenche des symptômes de reviviscences et les réactions affectives, physiologiques et comportementales associées: la victime vit des *flash-back* dérangeants de l'événement parce qu'elle est exposée à un élément (bruit, image, conversation, etc.) associé à l'événement traumatique, ce qui réactive toute la structure de peur et, donc, tous les souvenirs, les images et les sensations associés.

Parallèlement à cela, la victime tente d'intégrer l'événement traumatique. Pour ce faire, elle essaie de trouver un sens à ce qui s'est produit: elle va reconsidérer les interprétations de sa structure de peur. Or, penser à ce qui s'est produit réactive cette structure de peur, provoquant de nouveau des réactions désagréables et des symptômes envahissants perturbants. La victime utilisera alors l'évitement comportemental ou émotionnel pour se protéger, ce qui va cependant empêcher le processus d'intégration émotionnelle (voir aussi la section 12.1).

La victime oscillera ainsi entre des symptômes envahissants et d'évitement. Ce mouvement d'oscillation entraînera les symptômes d'hyperactivation : un état d'alerte et d'hypervigilance épuisant.

Ce modèle explique-t-il bien les symptômes du TSPT ?

Les caractéristiques particulières de la structure de peur des personnes souffrant de TSPT (les réponses sont plus intenses, la structure est plus complexe, étendue et est facilement accessible) expliquent pourquoi celles-ci évitent davantage de situations que celles souffrant de tout autre trouble anxieux.

De plus, ce modèle explique bien les symptômes envahissants puisque la structure est réactivée dès que l'individu est en contact avec un élément enregistré dans la structure de peur. Il décrit bien aussi la fonction soulageante des comportements d'évitement. Enfin, il explique les symptômes d'hyperactivation en les considérant comme le résultat de cette oscillation épuisante entre les symptômes envahissants et l'évitement.

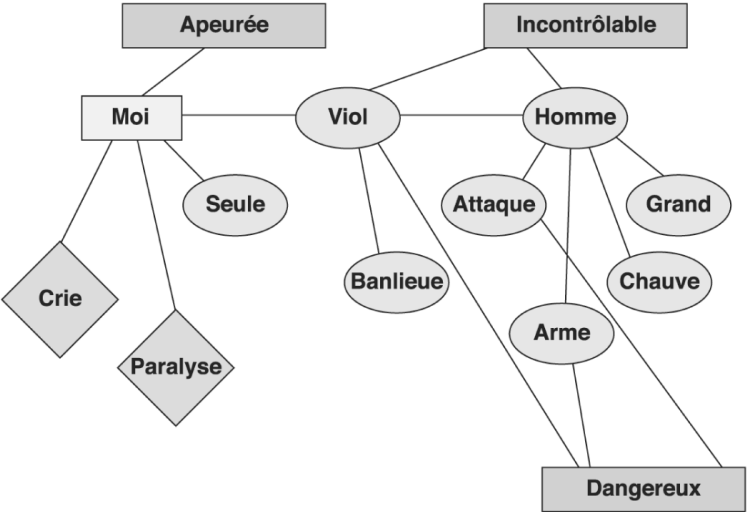
Commentaires relatifs au modèle

Ce modèle est très intéressant cliniquement parce qu'il permet d'illustrer clairement les processus sous-jacents aux symptômes post-traumatiques. Lorsque les personnes victimes, en conjonction avec leur thérapeute, parviennent à conceptualiser leur structure de peur personnelle, cette compréhension est très évocatrice et éclairante. « Quels sont les éléments qui sont associés à une signification de danger chez moi ? » « Quelles autres significations est-ce que j'entretiens face à certains éléments ? » « Quelles sont les conséquences d'une telle structure sur ma peur, mon sentiment de culpabilité ou de honte ? » Cette façon d'illustrer les conditionnements et les interprétations à la source des symptômes post-traumatiques est souvent très aidante, imagée et permet de bien expliquer le rationnel sous-jacent aux stratégies d'exposition.

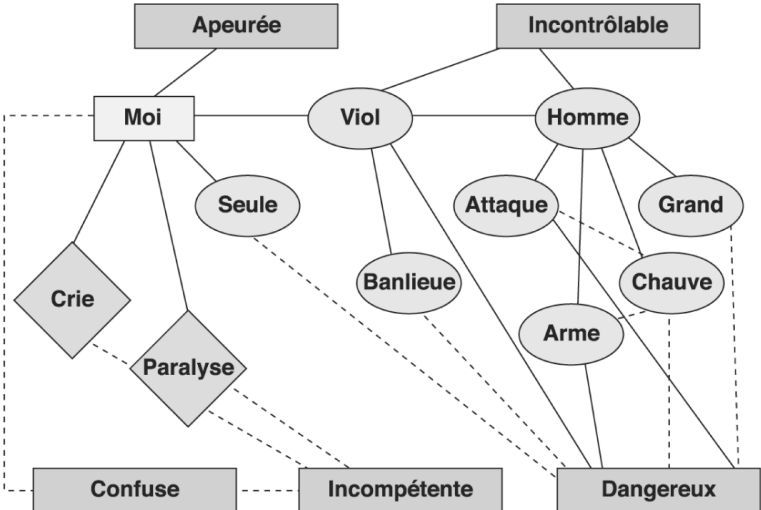
De plus, ce modèle inclut la notion des interprétations cognitives, ce qui contribue à l'enrichir et à le nuancer. Ainsi, le fait que la victime remette sans cesse en question les significations données semble inspiré de la conception d'Horowitz (1986), selon laquelle toute « information non digérée revient à la conscience pour y être

assimilée». Cet ajout permet d'expliquer les symptômes envahissants et d'hyperactivation chez la victime, ce qu'un modèle purement comportemental ne pouvait faire.

Exemple de structure de peur normale chez une victime de viol



Exemple de structure de peur post-traumatique



Figures tirées de Foa & Rothbaum (1998).

3.3 Le modèle de Joseph *et al.* (1995)

Le modèle de Joseph *et al.* (1995) considère que c'est l'interprétation (*reappraisal*) des causes, des enjeux et des conséquences de l'expérience traumatique par la victime qui constitue le principal facteur responsable de ses symptômes. Cette conceptualisation axée sur l'interprétation attributionnelle des éléments associés au trauma est reprise par plusieurs modèles cognitifs plus récents, dont celui de Ehlers et Clark (2000). La nature de cette interprétation interagit ensuite avec l'état émotionnel, les facteurs cognitifs et les modes de gestion du stress de la victime. Six variables sont identifiées dans ce modèle, et celles-ci, en se conjuguant, expliquent le développement des symptômes post-traumatiques.

Selon ces auteurs, l'**événement traumatique** constitue un ensemble de stimuli qui provoque une activation émotive extrême, mais qui ne peut pas être immédiatement analysé par l'individu. Les représentations iconiques de l'événement sont alors stockées dans la mémoire immédiate et constituent les bases des symptômes envahissants et des souvenirs intrusifs.

Ces représentations de l'événement seront ensuite interprétées par la victime. Les auteurs identifient un type d'interprétation particulièrement important de cette étape : l'**attribution causale de l'événement**. De nombreuses données ont démontré que les individus s'interrogent sur la cause des événements qui leur arrivent, tentant de donner un sens à ceux-ci, et ce, particulièrement à la suite d'un événement inattendu et négatif (voir les travaux de Weiner). Les caractéristiques de cette explication influenceront non seulement la perception de contrôle face aux événements, mais aussi l'évaluation du risque que le trauma se reproduise et, conséquemment, le développement et le maintien de la détresse (post-traumatique, dépressive, impuissance acquise, etc.). Selon cette théorie, la personne attribue la cause de l'événement traumatique à des facteurs *internes* (elle considère qu'elle en est la cause) plutôt qu'*externes*; *stables* (elle attribue la cause de l'événement à un facteur qui persiste dans le temps) plutôt que temporaires; et *globaux* (elle attribue la cause de l'événement à un facteur qui affecte un grand nombre de domaines dans sa vie)

plutôt que spécifiques; vivra un sous-type de dépression caractérisé par une baisse d'estime de soi et du désespoir (*hopelessness*). Ainsi, les victimes effectuant des attributions internes, stables et globales («Je suis le genre de personne à me mettre constamment dans le pétrin») vivront davantage de détresse à la suite d'un événement traumatique que celles effectuant des attributions externes, temporaires et spécifiques («C'était un quartier dangereux, je ne m'y rendrai plus»).

Des **facteurs liés à la personnalité** influenceront cette interprétation de l'événement et seront, en retour, influencés par celle-ci. Ce modèle désigne ici le style attributionnel général, le lieu de contrôle, les schémas cognitifs et les croyances fondamentales. Ces facteurs constituent des modes stables de perception et d'interprétation du monde qui ont été développés depuis la tendre enfance, qui influencent sa façon générale de concevoir le monde, la vie, la société, mais qui influenceront aussi la façon dont l'individu interprétera spécifiquement ce qui lui est arrivé.

Les reviviscences du trauma et ces interprétations de l'événement provoqueront de fortes **émotions**: peur, culpabilité, honte, tristesse ou colère. Ces émotions seront par la suite réinterprétées par l'individu.

Les symptômes envahissants du trauma, les mécanismes d'interprétation et les états émotionnels engendreront de la détresse et conséquemment des tentatives de gérer celle-ci. Les **modes de gestion du stress** incluront des stratégies actives (recherche de soutien social, stratégies de relaxation...), des stratégies d'évitement (évitement cognitif, affectif ou comportemental), une inhibition du traitement de l'information ou la recherche d'un sens à l'événement.

Enfin, le **contexte et le soutien social** influenceront aussi l'interprétation de l'événement traumatique ainsi que ses modes de gestion du stress.

Ce modèle explique-t-il bien les symptômes du TSPT?

En puisant dans les théories cognitives de la dépression, ce modèle explique le développement et le maintien des symptômes à teneur dysthymique du TSPT (altérations de l'humeur). L'irritabilité, la

rage sont expliquées en faisant appel à la théorie de Weiner (1985), laquelle suggère une relation entre certains types d'attribution causale et des états émotifs spécifiques (honte, culpabilité, rage).

Cependant, même si les auteurs mentionnent l'apparition des autres symptômes du TSPT (comportements d'évitement et hyperactivité neurovégétative), ils offrent peu d'explications des mécanismes sous-jacents responsables de leur développement et de leur maintien.

Commentaires relatifs au modèle

Ce modèle à forte influence cognitive est un excellent outil de psychopédagogie des stratégies de restructuration cognitive. Il met bien en évidence le rôle majeur des interprétations dans le développement des symptômes post-traumatiques chez les victimes.

Il inclut aussi des éléments très intéressants trop souvent mis de côté par certains théoriciens. Ainsi, le rôle du soutien social est intégré, tout comme les préjugés sociaux. Cet ajout est fascinant lorsque l'on connaît les études ayant mis en évidence l'impact du soutien social dans le développement et le maintien de la détresse post-traumatique (pour une revue de la littérature à ce sujet, consulter Guay *et al.*, 2002; 2006). Les facteurs développementaux sont aussi intégrés afin de mieux comprendre l'influence des schémas, des croyances fondamentales ou du style attributionnel. Ces éléments contribuent à rendre le modèle plus riche et intéressant.

Toutefois, il faut mentionner la difficulté de ce modèle à expliquer certaines réactions post-traumatiques typiques, telles que la réactivité à des éléments associés au trauma ou l'hyperactivation.

Modèle de Joseph, Williams et Yule (1995)

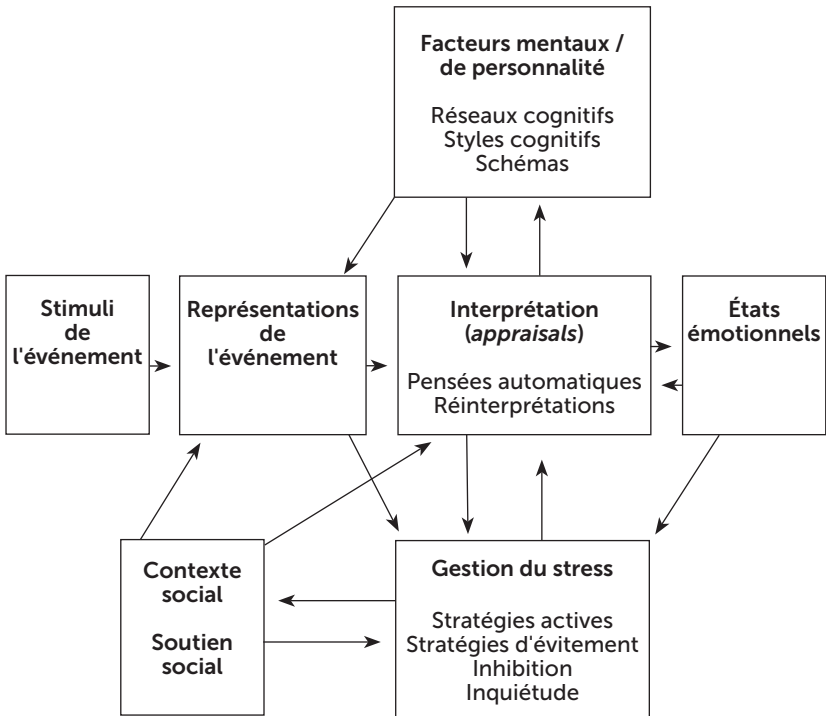


Figure tirée de Joseph Williams et Yule (1995).

3.4 Le modèle de traitement de l'information d'Horowitz (1986)

Ce modèle conçoit les symptômes post-traumatiques comme une réaction au nombre excessif de données que constitue l'expérience traumatique. La détresse post-traumatique découlerait de l'incapacité de la victime à intégrer adéquatement ces nouvelles informations au sein de ses schémas cognitifs antérieurs. La résorption des symptômes dépend donc de l'intégration de l'expérience traumatique, intégration qui ressemble à un processus de deuil.

La première phase identifiée par ce modèle en est une de **protestation**. Le stress important du traumatisme provoque des réactions intenses normales de peur, de rage, de colère, de confusion, des tentatives d'approche des autres ou, au contraire, un retrait social plus marqué. Cependant, le traumatisme constitue

surtout un apport massif de données qui ne peut être assimilé instantanément par l'individu. Cet apport provoque une « surcharge cognitive » : la victime vit des idées, des sentiments, des images qui ne peuvent être intégrés, qui la submergent et qui créent beaucoup de détresse.

Il s'ensuit une deuxième phase, celle de l'**évitement**. Le déni et le détachement des affects sont employés comme mécanismes de défense afin de protéger l'intégrité et l'équilibre psychologique de la victime. Les réactions d'évitement « pathologiques » ou extrêmes utilisées par la victime dans cette phase sont l'abus de drogue et d'alcool, les comportements de fugue ou de phobie, la sensation d'irréalité ou la dissociation.

Selon ce modèle, l'individu possède une « tendance intrinsèque au traitement de l'information tant que son intégration ne s'est pas complétée », c'est-à-dire jusqu'à *assimilation* (modification du sens de l'événement traumatique afin qu'il puisse s'intégrer aux conceptions préexistantes) ou *accommodation* (modification des conceptions préexistantes afin qu'elles puissent intégrer la nouvelle expérience traumatique) de celle-ci. Les données liées à l'événement traumatique restent donc actives sous forme brute dans l'inconscient et effectuent des retours à la conscience afin d'y être réanalysées, intégrées : c'est alors la phase d'**intrusion**. Ces reviviscences « normales » dans la conscience prennent la forme de souvenirs, de ruminations ou de cauchemars. Ce matériel cognitif intrusif continuera à se présenter à la conscience jusqu'à ce qu'il soit intégré, métabolisé par la victime. Les éléments plus pathologiques de cette phase consistent en une certaine « submersion » cognitive et émotionnelle : cauchemars terrorisants, hallucinations incontrôlables, émotions submergeantes, etc.

La victime réagit à ces reviviscences perturbantes en revenant à la phase d'évitement (détachement émotionnel ou évitement comportemental), ce qui a comme fonction de réguler le traitement cognitif de l'information. En effet, cet évitement permet de rendre tolérable le traitement de l'information traumatique et de préserver l'équilibre psychologique de l'individu, puisqu'il dose la surcharge cognitive et émotive et diminue l'anxiété associée aux informations traumatiques.

Ce mouvement d'**oscillation** entre les phases d'évitement et les phases d'intrusion permet une intégration *graduelle* de l'information. Les pensées intrusives diminuent en fréquence et en intensité. L'individu entame un début d'acceptation de la victimisation et de restauration de son équilibre psychologique, montre des progrès dans son mode de pensée et ses capacités de ressentir des émotions, de communiquer et d'interagir avec les autres. En fait, Horowitz décrit cette quatrième phase comme celle d'un passage vers l'intégration complète de l'expérience traumatique.

Enfin, lors de la phase de **résolution**, la victime ressent que le processus de traitement de l'information a été complété et qu'il y a eu restauration de sa cohésion interne. L'expérience de victimisation est intégrée et fait partie de sa vision d'elle-même et du monde. La personne est prête à entreprendre de nouvelles activités et relations et est capable de ressentir des états émotionnels nuancés et positifs.

Ce modèle explique-t-il bien les symptômes du TSPT ?

En faisant appel à la notion de traitement de l'information, le modèle d'Horowitz explique bien les symptômes envahissants et d'évitement émotionnel et cognitif du TSPT. Il aide aussi à bien conceptualiser la tendance à l'évitement de la victime et à expliquer pourquoi les symptômes envahissants perdurent. D'autre part, en précisant les phases « pathologiques », il permet de comprendre pourquoi une victime ne parvient pas à poursuivre son processus jusqu'à la phase de résolution.

Cependant, ce modèle explique peu la réactivité psychologique et physiologique de la victime en présence de stimuli ressemblant à l'expérience traumatique et permet peu de comprendre la présence des symptômes d'hyperactivité neurovégétative.

Commentaires relatifs au modèle

Ce modèle est très intéressant cliniquement, car il s'inspire d'un processus de deuil et, à l'inverse des autres modèles, il ne présente pas le processus menant au *développement* du TSPT, mais celui qui mène à sa *résolution*. De plus, il précise pour chacune des phases des « voies de détournement » qui sont plus « pathologiques ». Ces

symptômes seraient développés par l'individu lorsqu'il ne peut poursuivre son processus naturel d'intégration. Ainsi, Horowitz conçoit des symptômes de panique ou d'épuisement chez la victime qui ne peut pas appliquer de mécanismes de protection de la mémoire trop traumatique de l'événement. De la même façon, il explique les symptômes psychosomatiques présents chez certaines victimes par une difficulté à résoudre l'intégration émotionnelle de l'événement.

Il est intéressant de constater que les symptômes expliqués par ce modèle sont aussi ceux qui sont mesurés par l'instrument développé par Horowitz, soit l'*Impact of Event Scale* (IES) (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979). Comme nous le verrons au chapitre 6, cet instrument permet de bien mesurer les symptômes de reviviscences et l'évitement cognitif. En revanche, il permettait peu de mesurer l'hyperactivité et l'évitement comportemental, ce qui explique pourquoi ses successeurs ont développé l'*IES-Revised* (Weiss et Marmar, 1997) afin de combler ces lacunes.

Modèle d'Horowitz (1986)

Réactions normales

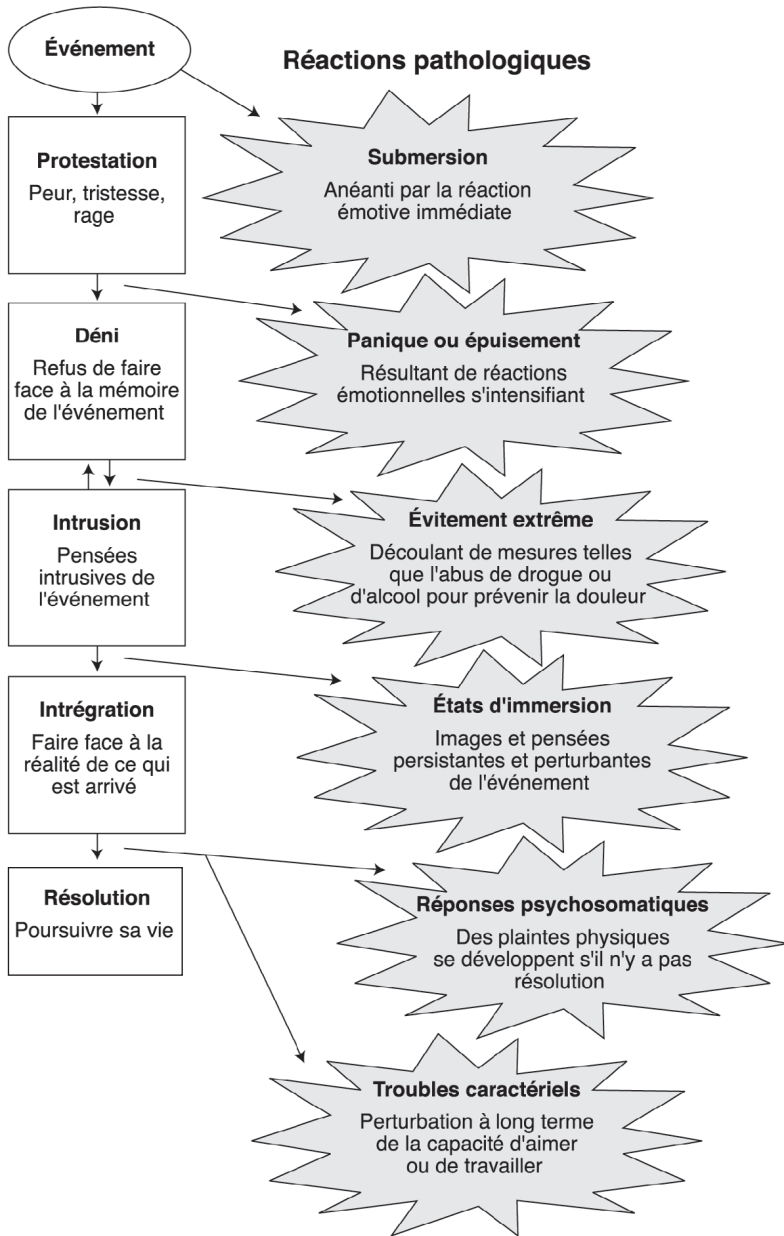


Figure tirée d'Horowitz (1986).

3.5 Peut-on comparer les divers modèles conceptuels ?

Les divers modèles étiologiques offrent des éléments précieux de compréhension des processus de développement et de maintien des symptômes post-traumatiques. Tentons de comparer maintenant ces divers modèles entre eux, selon cinq perspectives de comparaison : 1) la signification, le rôle attribué par chacun des modèles à l'événement traumatique ; 2) le ou les principaux processus responsables du développement et du maintien du TSPT ; 3) les facteurs qui influencent le développement du TSPT ; 4) les symptômes post-traumatiques qui sont expliqués par chacun des modèles ; et enfin 5) les implications thérapeutiques et cliniques de ces modèles. Vous trouverez dans le tableau de la page 60 une synthèse de la contribution respective des divers modèles.

1. La signification, le rôle attribué à l'événement traumatique

Le premier élément permettant de comparer ces modèles est la façon dont ils conçoivent le rôle et l'influence de l'événement traumatique dans la genèse du TSPT.

Deux différentes conceptualisations de l'événement traumatique émergent : la première propose que l'événement traumatique constitue une importante source d'information, qui ne peut être assimilée ou accommodée immédiatement par l'individu. C'est la vision de Joseph *et al.* (1995), qui considèrent l'événement traumatique comme un événement significatif négatif produisant une réaction émotionnelle qui ne peut être immédiatement intégrée par la victime, événement qui devra par la suite être interprété pour être « digéré ». C'est aussi la vision d'Horowitz (1986), qui conceptualise l'événement traumatique comme une somme excessive d'information qui confronte les anciens schémas cognitifs de l'individu.

La deuxième conceptualisation propose que l'événement traumatique constitue surtout un stimulus inconditionnel hautement aversif qui engendre une réponse très forte de peur, d'anxiété et de détresse chez la victime. C'est la conceptualisation partagée par

Mowrer (1960) et Foa *et al.* (1989). Ces derniers auteurs ajoutent la conception des interprétations cognitives de danger, qui contribuent au maintien des associations conditionnées et qui maintiennent les symptômes.

2. Processus mis en branle par l'expérience traumatique

Les modèles identifient deux types de mécanismes responsables du développement et du maintien des symptômes post-traumatiques. Le premier constitue la mise en branle d'un processus cognitif d'accommodation ou d'assimilation de la nouvelle information. Pour Joseph *et al.* (1995), ce processus concerne les mécanismes d'interprétation des causes et des conséquences de l'événement traumatique en interaction avec les états émotionnels et les facteurs de personnalité de l'individu. Pour Horowitz (1986), ce processus est entrecoupé de phases d'intrusion et de déni découlant de la tendance intrinsèque d'une information à émerger à la conscience tant qu'elle n'est pas digérée et des mécanismes de défense de l'individu.

Enfin, selon d'autres modèles, c'est le conditionnement de certains éléments lors de l'événement traumatique qui joue un rôle prépondérant dans l'étiologie du TSPT. Pour Foa *et al.* (1989), c'est la signification de danger attribuée à des éléments du réseau cognitif précédemment considérés comme sécuritaires et la réactivation de cette structure de peur, alors que pour Mowrer (1960), c'est principalement un apprentissage par conditionnement classique et opérant qui est responsable des symptômes post-traumatiques.

3. Variables modératrices

Ces différents processus mis en branle à la suite de l'expérience traumatique n'entraînent pas automatiquement les symptômes. En effet, des variables modératrices peuvent influencer le développement et le maintien du TSPT et expliquent son développement spécifique à chaque victime.

Comment les divers modèles théoriques conceptualisent le trauma et ses symptômes

Modèle	L'événement traumatique est vu comme...	La victime souffre de TSPT parce qu'il y a...	Certaines variables influencent le développement du TSPT...	Des implications cliniques découlent de ce modèle...
Mowrer (1960)	Un stimulus inconditionnel aversif	Conditionnement classique et opérant et renforcement négatif de l'évitement		Exposition aux stimuli associés au trauma et au souvenir de celui-ci
Foa <i>et al.</i> (1986)	Un stimulus inconditionnel aversif créant une structure de peur	Attribution de signification de danger à des associations neutres créant une structure de peur élargie	Perception d'incontrôle et d'imprévisibilité, sentiment d'incompétence	Exposition aux stimuli associés au trauma et au souvenir de celui-ci
Joseph <i>et al.</i> (1995)	Un événement qui ne peut pas être intégré cognitivement et émotionnellement	Interprétation de la cause, des conséquences et des émotions liées à l'événement	Facteurs de personnalité, contexte et soutien social	Restructuration cognitive des interprétations, des attributions et des croyances fondamentales
Horowitz (1986)	Une énorme source d'information qui ne peut pas être assimilée immédiatement	Évitement, tendance intrinsèque à l'intégration de l'information	Styles cognitifs, mécanismes de défense	Restructuration cognitive et travail au niveau des significations inconscientes

Tableau adapté de Brillon *et al.* (1996).

Pour Foa, ce sont surtout les interprétations d'incontrôle et d'imprévisibilité, et le sentiment d'incompétence qui influencent la force des associations de la structure de peur. De plus, le type d'interprétation de danger attribué à chaque stimulus influence la généralisation de la structure de peur. Joseph *et al.* (1995), quant à eux, envisagent surtout le type d'attribution effectué par la

victime, ses traits de personnalité, son contexte social et son soutien social. Horowitz (1986) considère les conflits inconscients sous-jacents, les styles cognitifs, les traits de personnalité et les mécanismes de défense de la victime comme des variables influençant ou non le développement du TSPT.

4. Implications thérapeutiques des divers modèles

Conséquemment à ces conceptualisations théoriques, diverses cibles de traitement sont privilégiées. Ainsi, les modèles de Mowrer (1960) et de Foa *et al.* (1989) sont d'excellents soutiens théoriques aux stratégies d'exposition. En fait, pour ces auteurs, les symptômes post-traumatiques se résorberont à la suite d'un travail sur le plan des associations conditionnées: pour ce faire, il est important que la structure de peur de la victime soit réactivée par l'exposition et que celle-ci mène à de nouvelles associations associées à plus de confiance et de sécurité. Il s'agit ainsi de faire ressentir à la victime que le fait de s'exposer de nouveau à des éléments associés au trauma ne provoque pas une nouvelle traumatisation. Il importe donc de favoriser une spécificité de la structure de peur, de diminuer le renforcement de l'évitement et d'améliorer son sentiment de contrôle et de confiance. Pour ce faire, les stratégies d'exposition *in vivo* et d'exposition au souvenir du trauma sont privilégiées par ces auteurs. En fait, pour Foa, les modifications cognitives découlent souvent d'un travail d'exposition («Si je m'habitue à un élément anxiogène, et que tout se passe maintenant bien, je vais nécessairement reconsidérer les attributions de danger que je lui associais»), alors que pour d'autres auteurs, il s'agit de l'inverse («Si je reconsidère mes interprétations de danger, je vais nécessairement avoir moins peur de m'exposer à des éléments associés au trauma»). Il est aussi à noter que puisque le modèle de structure de peur est adapté de façon spécifique à chaque victime, il constitue un outil de psychopédagogie et de préparation à l'exposition très utile thérapeutiquement.

Pour les modèles de Joseph *et al.* (1995) et d'Horowitz (1986), il s'agit davantage de favoriser une «digestion cognitive et émotionnelle» de l'expérience traumatique. Ainsi, ils privilégient plutôt un travail sur le plan des interprétations cognitives de la

victime, et de ses croyances fondamentales. Pour ces auteurs, le travail sur le plan de ces attributions causales et croyances fondamentales va permettre une remise en question de la signification de l'événement traumatique, favoriser une plus grande acceptation de ses réactions, diminuer les comportements d'évitement et atténuer la détresse. Parce que cette nouvelle information est traitée cognitivement, elle n'aura donc plus besoin de revenir à la conscience sous forme de symptômes envahissants, ce qui amènera ainsi une diminution de ces symptômes. Ces modèles constituent donc d'excellents préalables aux stratégies de restructuration cognitive, mais aussi un travail sur les modes de gestion de stress en situation d'adversité.

CHAPITRE 4

COMPRENDRE LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉTRESSE POST-TRAUMATIQUE

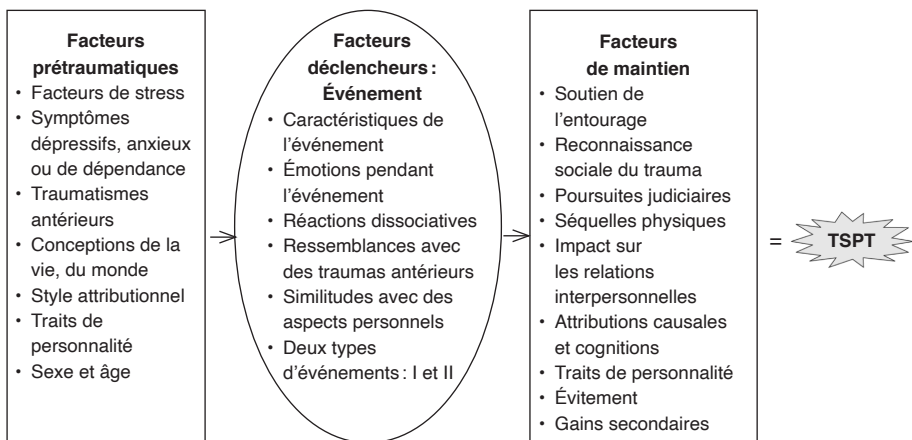
Vivre un événement traumatique est une expérience douloureuse, horrible, difficile pour tout être humain. Cependant, nous savons que les victimes ne réagissent pas toutes de la même façon à cet événement : certaines démontrent beaucoup plus de détresse que d'autres. Pourquoi des personnes souffrent-elles de TSPT alors que d'autres, pourtant exposées au même événement, n'en développent pas ?

Les chercheurs et les cliniciens ont tenté de comprendre les raisons de cette variabilité quant au nombre, à la fréquence et à l'intensité des symptômes post-traumatiques. Le niveau de violence impliqué dans l'événement traumatique a d'abord été considéré comme le seul responsable du TSPT : plus l'événement était brutal, intense et menaçait la vie, plus les séquelles devaient être intenses. Or, les données de recherche montrent que les caractéristiques et l'intensité du trauma n'expliquent qu'une partie seulement de la variabilité de la détresse post-traumatique. Il est vrai que les caractéristiques de l'événement vécu possèdent le potentiel d'ébranler fortement l'équilibre psychologique de tout individu. Cependant, nous savons aussi que la détresse découle, en fait, d'une *conjonction* de trois types de facteurs. C'est cette conjonction, personnelle à chacune des victimes, qui influencera le nombre, la sévérité et la durée de leurs symptômes post-traumatiques.

Le premier facteur qui influencera la détresse de la victime est l'événement lui-même. Il s'agit des facteurs *déclencheurs*, c'est-à-dire tout ce qui est présent *pendant* le traumatisme. On désigne ici les caractéristiques spécifiques de l'événement, bien sûr, mais aussi les réactions de la victime lors de cet événement. De plus, des éléments existant avant l'événement vont contribuer à rendre ces facteurs déclencheurs plus ou moins dévastateurs: il s'agit des facteurs *prétraumatiques*. Enfin, les facteurs *de maintien* (c'est-à-dire les éléments présents après le trauma) influenceront le maintien ou plutôt la résolution des symptômes.

Le clinicien trouvera avantageux d'identifier les facteurs spécifiques uniques qui pourraient avoir joué dans le développement et le maintien de la détresse post-traumatique de son patient. Cette évaluation lui permettra de peaufiner sa compréhension et son évaluation des symptômes, mais l'aidera aussi à préciser des objectifs thérapeutiques réalistes spécifiques, personnalisés, et à anticiper les difficultés potentielles du traitement. Enfin, cette identification adaptera les procédures de psychopédagogie du TSPT auprès de la victime en mettant en évidence les éléments qui ont contribué au développement de ses symptômes spécifiques.

Facteurs qui peuvent aggraver la réaction post-traumatique



4.1 Les facteurs déclencheurs

Le TSPT découle de l'expérience d'un événement traumatique : c'est lui qui déclenche et provoque les symptômes post-traumatiques. Nous verrons ici comment les caractéristiques de l'événement, les émotions et les réactions dissociatives lors de l'événement, les similitudes avec des traumas antérieurs ou la vie de la victime peuvent influencer la sévérité et la durée de sa détresse.

Aucune expérience n'est identique et certaines caractéristiques spécifiques de l'événement traumatique sont plus dévastatrices que d'autres et aggravent la sévérité et la chronicité des séquelles. On désigne ici la violence de l'événement, la perception de menace à la vie, les aspects interpersonnels, intrusifs, déshumanisants, imprévisibles et incontrôlables de l'événement.

La *violence de l'événement* (et des facteurs comme la gravité, la durée et le nombre d'actes de violence commis) a été l'une des premières variables identifiées par la littérature comme particulièrement néfaste pour la santé mentale de la victime. Certains ont d'abord postulé que seule la violence de l'événement pouvait expliquer la variabilité observée dans la symptomatologie entre les différentes victimes. Or, de nombreuses études démontrent maintenant que cette seule variable contribue peu à la variabilité des symptômes et que d'autres facteurs doivent être aussi pris en considération.

La *menace à sa vie* peut aussi influencer le développement de symptômes post-traumatiques. Ressentir intimement que l'on risque de mourir ou que l'on pourrait être grièvement blessé est une expérience terrifiante qui contribue fortement à entraîner des séquelles post-traumatiques. Cette évaluation du risque de danger vécu est propre à chacun, et c'est cette évaluation subjective, et non le potentiel « objectif » en soi, qui est liée au TSPT. Prenons l'exemple d'une patiente qui a vécu un vol à main armée.

Caroline est gérante de magasin ; un soir, alors qu'elle ferme sa caisse, un homme coiffé d'une cagoule entre dans le commerce. Il lui hurle de donner l'argent, il la bouscule violemment et pointe un fusil vers elle à travers son blouson. Caroline ouvre sa caisse ; elle se met de côté pendant que le voleur prend l'argent et part. En regardant la bande vidéo du vol, les policiers déduisent plus tard

que le voleur ne lui a jamais montré son fusil, que ce n'était probablement qu'un objet pointu, et que sa vie n'a jamais été véritablement en danger. Cependant, pour Caroline, le sentiment d'avoir failli mourir ce soir-là reste extrêmement fort et entraîne des réactions intenses : crainte lorsqu'elle est seule dans le magasin, reviviscences de l'événement, état d'alerte lorsqu'elle va travailler, remise en question de ses conceptions de la vie et de la nature humaine.

Pour le système judiciaire, la *tentative* d'agression et l'agression proprement dite sont jugées différemment. Pourtant, pour la victime, l'*intention* de l'agresseur, ce qui aurait pu arriver, est souvent aussi traumatisante que les actes commis.

Julie est médecin dans un pénitencier. « Je raccompagnais un détenu dans sa cellule. Arrivé dans le couloir, il s'est mis à courir, puis il est entré à toute vitesse dans sa cellule. Pour ma part, je me suis approchée pour fermer la porte. C'est là que, d'une main, il m'a pris le poignet. Dans son autre main, il avait un couteau. Il a essayé de me tirer à l'intérieur en me disant que si je n'entrais pas, il me planterait le couteau dans le ventre. Je ne sais pas comment j'ai fait pour me défaire de son emprise. Je me suis dégagée et des agents correctionnels ont réussi à le maîtriser. On n'arrête pas de me dire qu'il ne s'est rien passé, que je suis chanceuse de m'en être si bien tirée. Moi, la seule chose à laquelle je pense, c'est : *Que serait-il arrivé s'il avait réussi à me faire entrer dans sa cellule ?* J'ai senti qu'il était prêt à tout. Toutes les histoires de prise d'otage, de collègues agressées, de viol me reviennent... Simplement penser à ces éventualités-là me terrifie. »

Les données indiquent aussi que les *traumas interpersonnels*, c'est-à-dire les actes intentionnels causés par la main d'un autre être humain (agression, séquestration, torture, etc.), pourraient être davantage néfastes pour la santé psychologique que les désastres naturels, ou *acts of God*. Lors d'un traumatisme interpersonnel, la victime ressent cruellement le fait d'être totalement à la merci du pouvoir d'un autre. Elle réalise aussi que cet événement *aurait pu être évité*, ce qui contribue à provoquer d'intenses réactions d'amertume et de révolte. Sa conception de la nature humaine, du bien et du mal est totalement bouleversée. De plus, lors de ce type de traumatisme,

la victime réalise que cette autre personne ne lui ressemble pas : elle transgresse des normes établies socialement, des tabous sociaux face à la violence. Elle sent que les valeurs habituelles régissant les contacts entre les gens ne s'appliquent plus et que tout peut donc arriver. L'agresseur est incompréhensible et imprévisible. La victime n'est plus en contrôle de sa vie. Ses frontières, son espace vital ont été profanés. Cela provoque un sentiment intense de vulnérabilité, qui l'ébranle profondément.

Les événements qui sont très *intrusifs* sont aussi particulièrement dévastateurs. Dans les cas d'agression physique, les frontières personnelles sont profanées : il y a eu contact de l'agresseur avec les vêtements ou, pire, avec le corps. Dans les cas d'agression sexuelle, la victime est attaquée dans ce qu'elle a de plus sacré, de plus intime. L'outrage narcissique est très grave. D'autres victimes peuvent également ressentir cette impression similaire d'intrusion dans différentes circonstances : un homme qui a été battu grièvement, un enfant qui se fait arracher ses vêtements, des parents qui entrent dans leur maison vandalisée peuvent ressentir cette impression de profanation, d'intrusion dans ce qu'ils ont de plus personnel.

L'aspect *déshumanisant* de l'expérience traumatique contribue aussi fortement au développement de symptômes post-traumatiques graves. Cet aspect est souvent observé chez les victimes de séquestration, de torture ou d'agression sexuelle et consiste en une négation totale de la part de l'agresseur de la dimension humaine de la victime. Des comptes-rendus de rescapés de camps de concentration nazis, de victimes de torture, de personnes ayant connu l'esclavage ou la séquestration, ou des victimes de viol collectif témoignent de leur souffrance face à cet aspect spécifique du trauma. En effet, elles souffrent de cet aspect de l'agression où elles ne sont pas considérées comme des êtres humains, mais traitées comme des animaux ou des objets, avec un mépris ou une indifférence monstrueuse. Cet aspect de l'agression est utilisé par les agresseurs pour annihiler psychologiquement la victime, l'humilier profondément, ou pour se couper de leurs propres émotions qui pourraient les empêcher de mener à bien leur geste... La victime ressent comme une dernière violation l'exercice de ce pouvoir sur ce qu'elle possède de plus personnel,

c'est-à-dire son intégrité, son identité psychologique, son droit à être vue et reconnue comme un être humain.

«Je n'étais plus un homme, il a eu tout pouvoir sur moi à ce moment», «Ils ne me voyaient pas, je ne pouvais créer aucun contact avec eux», «Il m'a obligé à lui crier que je l'aimais pendant qu'il me violait!», «Il a tenu le fusil sur mon front pendant tout le vol, il se foutait de ce que je vivais, de ce que je ressentais», «J'ai vu les terroristes tuer un homme et le lancer hors de l'avion comme si c'était une botte de foin, une chose négligeable et méprisable».

Un événement traumatique est par le fait même imprévisible et incontrôlable; les données indiquent que ces caractéristiques ébranlent fortement une perception de sécurité fondamentale et constituent des facteurs aggravants: «Si un événement tel que celui-ci est arrivé une fois, il peut donc se reproduire et je ne suis plus jamais en sécurité», «Je n'ai pas pu contrôler ce qui m'est arrivé, comment vais-je empêcher que cela se produise de nouveau?». De plus, la victime doute maintenant de ses capacités à distinguer une situation, un endroit, un individu sécuritaires d'une situation dangereuse: «Comment n'ai-je pas pu le prévoir? Le sentir?», «Comment cela se fait-il que je n'aie pas eu de prémonition ou une intuition que cela allait arriver?», «Donc, je ne peux pas me fier à mon impression de sécurité et de confiance et je suis vulnérable»). Cette remise en question de ses capacités de jugement et cette perception qu'elle ne peut pas prévenir un autre événement traumatique contribuent souvent au développement des symptômes post-traumatiques.

On sait aussi que les événements impliquant de la *violence touchant des enfants* affectent plus sévèrement les témoins. Un enfant représente l'innocence, la candeur, la vulnérabilité, et les violences qu'ils ont subies émeuvent énormément. Un pompier qui n'arrive pas à sauver un enfant de l'incendie sera souvent davantage ébranlé que dans d'autres circonstances. Une policière qui arrive sur les lieux d'un accident où la conductrice en panique constate la mort de son enfant sera probablement plus touchée et émue par cette scène. Les gens sont davantage bouleversés quand ils apprennent que des accidents impliquant des enfants sont survenus ou quand

ils sont témoins d'actes de violence à leur égard. Qui ne se souvient pas de l'attentat d'Atlanta où une explosion terroriste avait blessé des enfants de la garderie de l'immeuble? Ces images nous avaient tous bouleversés...

Parallèlement aux caractéristiques de l'événement traumatique comme telles, les *émotions de la victime pendant l'événement* semblent aussi avoir un impact sur l'intensité de sa réaction post-traumatique ultérieure. De plus en plus d'études semblent démontrer que plus la victime a ressenti de la peur, de l'impuissance ou de l'horreur pendant l'événement, plus ses symptômes post-traumatiques seront intenses par la suite (Resnick, 1997; Tucker *et al.*, 1997). Un niveau intense de honte, de culpabilité, de dégoût, de tristesse ou d'anxiété pendant l'événement est aussi souvent corrélé avec des séquelles post-traumatiques à plus long terme (Andrews *et al.*, 2000; Martin et Marchand, 2003).

Dans le même ordre d'idées, on sait maintenant que les *réactions dissociatives pendant l'événement* sont associées à des symptômes post-traumatiques plus sévères par la suite. Les réactions dissociatives sont utilisées de façon automatique par la victime afin de se protéger émotionnellement. Elles l'aident à prendre une certaine distance émotionnelle à l'égard de l'événement. Or, les données montrent que les victimes qui ont vécu des réactions dissociatives lors du trauma présentent souvent des symptômes post-traumatiques beaucoup plus graves par la suite (voir les travaux fascinants du laboratoire de Marmar en Californie, mais aussi ceux de Jaycox). Une méta-analyse démontre même que la présence de dissociation lors de l'événement est un facteur prédictif très puissant du TSPT futur (Ozer *et al.*, 2003) et il semble que cela soit le cas plus particulièrement chez les femmes (Bryant et Harvey, 2003).

Certaines *ressemblances entre des caractéristiques de l'événement traumatique et des traumatismes antérieurs* peuvent influencer grandement le développement de symptômes post-traumatiques. Par exemple, être impliqué dans une bagarre violente peut être particulièrement traumatisant pour un homme qui a été battu plus jeune. Celui-ci risque davantage de réagir plus fortement à ce dernier événement qu'un autre n'ayant pas vécu d'événements

violents auparavant. Ainsi, un événement d'apparence anodine de l'extérieur peut jouer un rôle déclencheur majeur s'il est associé à (ou fait émerger) des traumatismes antérieurs. Le dernier événement joue alors le rôle d'étincelle qui fait exploser les « barils de poudre » entreposés pendant des années. Nous précisons davantage cet aspect dans la description des facteurs prétraumatiques.

Jean-Jacques est maintenant à la retraite. Il a acheté un bateau et adore se promener sur les lacs l'été. Un jour où il déjeune en compagnie d'amis sur son embarcation alors qu'il est au large, il voit un autre bateau arriver à toute vitesse dans sa direction. D'abord calme, il devient inquiet puis complètement paniqué lorsqu'il réalise que le conducteur ne le voit pas. Il se lève et, en criant, tente de faire de grands gestes de la main à partir du bastingage. Le bateau le frappe de plein fouet. Le choc est énorme et Jean-Jacques est projeté par-dessus bord. Il est blessé au torse, il est étourdi, il panique, il avale de l'eau et perd presque conscience. Il coule dangereusement et ses amis doivent lui porter secours. Dans les jours qui suivent, Jean-Jacques est hanté par des souvenirs qu'il croyait avoir complètement oubliés. Il revoit des scènes de torture qu'il a vécues alors qu'il faisait partie de la résistance française lors de la Seconde Guerre mondiale et qu'il avait été interrogé par l'occupant nazi. Il se souvient des techniques de « noyade artificielle » qu'ils avaient utilisées, qu'il avait eu beaucoup de difficulté à respirer, qu'il s'était senti étourdi, paniqué et avait eu si peur de mourir. Il réalise que son accident de bateau fait remonter des souvenirs douloureux. Il recommence à se sentir aussi vulnérable qu'alors et réalise qu'il a reperdu toute sa confiance en la nature humaine, confiance qu'il avait mis tellement de temps à regagner après la guerre.

Dans la même veine, les *similitudes entre certaines caractéristiques de l'événement traumatique et des aspects personnels de la vie actuelle de la victime* constituent aussi des facteurs déclencheurs. Par exemple, le fait d'avoir des enfants du même âge peut toucher particulièrement une mère de famille qui est témoin d'un accident de voiture dans lequel des enfants sont tués. Durant les événements du World Trade Center, les téléspectateurs qui travaillaient aussi dans de hauts immeubles de bureaux pouvaient se sentir particulièrement vulnérables et hypervigilants les jours suivants comparativement à

ceux dont les caractéristiques ne ressemblaient pas autant à celles des victimes.

Enfin, certains auteurs ont distingué *deux types d'événements traumatiques*. Les *événements de type I*, c'est-à-dire un événement isolé, imprévisible, soudain et court dans le temps. Quelques exemples : les désastres naturels, les accidents de voiture ou les agressions physiques. Ces événements vont davantage entraîner des symptômes post-traumatiques « typiques », soit les symptômes envahissants, d'évitement, d'altérations cognitives et de l'humeur ainsi que de la réactivité (voir le chapitre 2). Les *événements de type II* sont plus chroniques, répétitifs et sont davantage causés de façon intentionnelle par un autre être humain. Quelques exemples : la violence conjugale ou familiale, l'inceste répétitif, le service militaire, l'expérience de camps de concentration ou de réfugiés, l'expérience de travail humanitaire. À la différence des événements de type I, ces expériences répétitives sont vécues sur une longue période de temps. Elles impliquent souvent le fait d'être à la merci de quelqu'un d'autre, dans une situation de danger potentiel constant et prolongé. Elles provoquent davantage de souvenirs « troués » parce que la victime utilise des mécanismes de dissociation pour se protéger émotionnellement de la souffrance pendant ces événements. Ceux-ci risquent aussi d'entraîner de plus forts sentiments de honte ou de culpabilité, une altération grave de son identité et de son estime de soi, ainsi que des difficultés relationnelles importantes.

Nous venons de voir les divers facteurs déclencheurs. Deux autres types de facteurs influencent aussi la réaction post-traumatique de la victime : il s'agit des facteurs *prétraumatiques*, c'est-à-dire des éléments présents avant l'événement. Les facteurs déclencheurs que nous venons de voir auront plus ou moins d'impact, selon ces facteurs prétraumatiques. Cette conjonction influencera la sévérité de la détresse. Un dernier type de facteurs va aussi contribuer à ce risque ; il s'agit des facteurs de *maintien*, que nous verrons dans la dernière section.

4.2 Les facteurs prétraumatiques fragilisants

Les facteurs prétraumatiques désignent les éléments qui existaient *avant* l'événement. Ils ne peuvent pas provoquer de TSPT, mais ils

constituent des facteurs de risque ou de vulnérabilité. Un événement traumatique ne se présente pas dans un terrain vierge : la victime va l'interpréter et y réagir en fonction de toutes ses caractéristiques personnelles, de ses expériences passées, de ses traits de personnalité et de ses capacités d'adaptation spécifiques.

Les *facteurs de stress présents avant l'événement traumatique* constituent le premier type de facteurs fragilisants. Une rupture ou des tensions conjugales, un stress financier, une condition physique défaillante, une perte d'emploi ou un deuil, un épuisement professionnel, un milieu de travail empreint de stress ou de tensions constituent des facteurs qui ébranlent psychologiquement une personne. Ces facteurs de stress contribuent à affaiblir la résilience ou les mécanismes d'adaptation de la personne : lorsque l'événement traumatique se produit, celle-ci est encore moins en mesure d'y faire face. L'individu qui a vécu un ou plusieurs facteurs de stress avant un événement traumatique est fragilisé : l'impact de l'événement n'en est que plus dur.

Envisageons, par exemple, l'expérience de Brigitte, une infirmière-chef responsable d'une équipe en traumatologie : elle doit superviser les tâches des nombreux employés sous sa charge, négocier les vacances et les congés de maladie de son personnel épuisé, coordonner les équipes, faire face aux compressions budgétaires. Les heures sont de plus en plus longues, et les semaines, interminables. Brigitte est fatiguée et se sent en état de survie. Si elle vit une agression sévère à ce moment, elle court davantage de risques de réagir plus fortement qu'une collègue qui travaille dans un milieu plus sain et beaucoup plus calme. Le stress au travail a diminué les capacités d'adaptation de Brigitte : l'impact de l'agression n'en sera que plus grand. Paradoxalement, les restrictions budgétaires imposées par son organisation peuvent non seulement contribuer à fragiliser ses employés si une agression se produit, mais elles peuvent aussi contribuer à augmenter le nombre d'agressions potentielles : le nombre d'employés diminue, les heures d'attente s'allongent, la promiscuité est intolérable, les patients sont plus irritables, exaspérés et souffrants, l'entourage est stressé, l'atmosphère est tendue. Cette situation est propice à l'agressivité et à des baisses de tolérance, de patience et de civisme... et aux agres-

sions potentielles. Les ressources adaptatives de Brigitte sont épuisées, et subir un événement traumatique constituera un facteur dévastateur qui aura un impact plus intense que dans un autre contexte où elle serait plus calme et plus vitalisée.

Des symptômes dépressifs, anxieux ou d'abus de drogue ou d'alcool présents avant le traumatisme peuvent également constituer des facteurs fragilisants. Subir un événement traumatique constitue déjà une expérience traumatisante lorsqu'un individu est en forme ; l'impact de l'événement sera d'autant plus important si l'état psychologique de la victime est ébranlé au départ. Une personne souffrant préalablement d'épuisement, de dépression ou de trouble anxieux sera plus vulnérable lors d'un événement traumatique (Brewin, Andrews et Valentine, 2000).

Les traumatismes antérieurs (violence familiale, inceste, agression sexuelle, accident de voiture, expérience de combat militaire, etc.) peuvent aussi constituer des facteurs aggravants, surtout si ceux-ci étaient graves et se sont produits en bas âge. Dans ce cas, le dernier événement traumatique fait souvent remonter des symptômes (souvenirs récurrents, cauchemars, comportements d'évitement, anxiété, hypervigilance) qui sont reliés au traumatisme antérieur et qui n'ont jamais été intégrés psychologiquement auparavant. Cette conjonction aggrave la réaction post-traumatique actuelle.

Alphonse est professeur dans une polyvalente. Un soir, alors qu'il revient chez lui, il est agressé par deux adolescents qui le bousculent, le tapent derrière la tête et prennent sa mallette et son portefeuille. Depuis, il présente de graves symptômes post-traumatiques fortement teintés de colère, de révolte et d'amertume. En entrevue, alors que nous parlons de cet incident, des images de bagarres avec son beau-père lui reviennent en mémoire. Il revoit son beau-père le frapper dans le dos avec sa ceinture alors qu'il était très jeune. Il se souvient de la peur qu'il avait de lui à ce moment-là et de son sentiment intense d'impuissance. Cette dernière agression, qui comporte des similitudes avec ce qu'il a vécu auparavant, a fait remonter la peur, l'impuissance et la tristesse associées à ces moments passés, ainsi que beaucoup de rage et de révolte.

Les conceptions antérieures de la victime de la vie et du monde influenceront son adaptation à l'événement traumatique. Les données indiquent que les gens qui croyaient fortement en un monde juste (un monde qui récompense les bons et punit les gens malhonnêtes) sont particulièrement ébranlés par un événement traumatique, qui est toujours profondément injuste. De la même façon, les gens qui avaient tendance à faire confiance facilement, qui considéraient la nature humaine comme foncièrement bonne avant l'événement traumatique souffrent davantage de symptômes post-traumatiques que les autres par la suite (voir le livre fascinant de Janoff-Bulman). L'événement traumatique confronte de plein fouet les croyances fondamentales envers la vie, la société, la nature humaine et le monde des victimes, et tout particulièrement celles qui entretenaient une vision très positive de la vie. La perception d'un monde comme un endroit sécuritaire, de la nature humaine comme fondamentalement bonne et la vision de la vie comme équitable et juste sont totalement remises en question par cet événement qui se caractérise le plus souvent par son aspect profondément injuste, malveillant, néfaste et complètement insensé. L'écart entre les conceptions avant l'événement et la signification de celui-ci va influencer la sévérité de la détresse post-traumatique.

Yves est travailleur humanitaire. Il a choisi ce métier par vocation : il considérait la richesse des pays développés injuste face à la pauvreté criante des pays émergents. Il était attiré vers la culture africaine millénaire et a toujours contribué à un monde moins laid. Il était très enthousiaste, mais sa première expérience en Afrique a été un choc : il s'est senti révolté de constater que certains citoyens africains exploitaient sans pitié leurs propres compatriotes afin de s'enrichir honteusement. Il s'est senti impuissant face à la mauvaise volonté de certains dirigeants, mais aussi face à l'attitude coloniale de certains Européens installés là-bas. Voir des enfants souffrir de la faim parce que des luttes de pouvoir ridicules empêchaient l'arrivée de convois humanitaires l'a profondément troublé. Il a été bouleversé par des scènes horribles de carnage lors d'un génocide ethnique et a alors développé de graves symptômes post-traumatiques qui ont forcé son retour. Il reste horrifié et révolté que de tels actes puissent encore être possibles « de nos

jours». Il est profondément déçu et même dégoûté de la nature humaine. Il se sent amer et découragé face aux possibilités de changer la société. Son expérience professionnelle a fortement ébranlé sa conception du monde, ce qui contribue à ses symptômes post-traumatiques.

À l’opposé, les personnes qui portaient sur le monde un regard cynique et amer avant l’événement ne sont pas protégées pour autant face à l’adversité : en effet, elles sont confortées dans leur conception que le monde est profondément mauvais, que la vie est injuste et que les gens sont méchants, hostiles ou profiteurs... ce qui constitue aussi un facteur fragilisant. En fait, il semble que toute *conception rigide, absolue, extrême* peut être associée à davantage de détresse post-traumatique.

Le *style attributionnel* mis en évidence par les travaux d’Abramson peut également influencer la réaction de la victime à l’événement. Le style attributionnel désigne cette façon habituelle que nous avons d’attribuer une responsabilité, une explication à ce qui nous arrive, de lui donner un sens. Un style attributionnel *externe* indique une tendance générale à considérer que des facteurs extérieurs (les autres, les choses, le destin, le hasard, la société) sont responsables de ce qui se produit dans notre vie. Un style *interne* désigne une tendance à considérer que nous sommes responsables de ce qui nous arrive (que nos comportements, nos traits de personnalité ou nos caractéristiques ont entraîné l’événement).

Envisageons le cas d’une personne qui reçoit une note très basse à un examen. Si celle-ci a un style attributionnel externe, elle attribuera la cause de son échec à des facteurs extérieurs : «L’examen était beaucoup trop difficile» ou «De toute façon, le professeur a mal enseigné sa matière», par exemple. Toutefois, si cette même personne a un style attributionnel interne, elle considérera que son échec est plutôt dû à des facteurs propres à elle, comme ses comportements («Je n’ai vraiment pas assez étudié»), ses habiletés («Je ne suis pas très bon en maths») ou ses traits de personnalité («Je suis trop distraite pour cette matière»).

Les recherches montrent que les personnes qui ont tendance à s’attribuer la responsabilité des événements *négatifs* (donc à faire de l’attribution interne à la suite d’événements négatifs, comme dans

« C'est de ma faute, ce qui s'est passé »), mais à attribuer la cause des événements *positifs* à des facteurs externes (« J'ai réussi, mais je n'y suis pour rien, c'est l'examen qui était trop facile ») présentent davantage de symptômes dépressifs et post-traumatiques que d'autres ayant pourtant vécu le même événement, mais l'attribuant différemment (voir aussi le chapitre 9).

Vivre un événement traumatique est plus difficile pour certaines victimes que pour d'autres. Des traits de personnalité présents précédemment jouent probablement un rôle dans cette façon d'« encaisser » l'événement et de s'y adapter. Certaines études ont ainsi démontré une relation entre la personnalité *hardiness* (résistante au stress) et une meilleure réponse à un trauma (voir les travaux de Bartone ou de Zakin, entre autres). Cette personnalité serait caractérisée par une tendance à se sentir plus en contrôle face aux événements (plutôt que de ressentir de l'impuissance), par une tendance à se mobiliser et à être dans l'action (plutôt que de rester passif) et une perception positive du changement comme occasion de croissance (plutôt que comme une menace).

Parallèlement à cela, il n'est pas rare qu'en clinique on observe des difficultés post-traumatiques plus grandes chez les victimes qui présentaient précédemment une certaine « rigidité » de personnalité : vision dichotomisée du monde entre gagnants et perdants, bons et méchants, tendance à vouloir tout contrôler, traits narcissiques importants ou faibles capacités d'adaptation aux changements.

Un exemple que j'utilise souvent est celui du chêne et du roseau. Vous connaissez sûrement cette célèbre fable de La Fontaine qui les compare. Le chêne est droit, solide, massif. Il ne plie pas, il est ferme, dur. Il est aussi très fier de sa majesté et se dresse avec allure. Le roseau, lui, est complètement différent : il est beaucoup moins impressionnant, presque insignifiant, mais plus léger, agile, souple. Sous la pluie, sous le vent, il plie parce qu'il est flexible. Lors d'une forte tempête, le chêne n'est pas aussi souple : si les vents sont trop violents, il ne peut que rester droit, ou alors... se briser, se rompre. Certaines personnes exigent d'elles-mêmes d'être des « chênes » toute leur vie : elles s'imposent le devoir d'être « solides ». Certaines ont dû très jeunes adopter un rôle et des

responsabilités d'adultes et devenir le pilier de leur entourage. Elles ont souvent l'impression de ne pas avoir le droit d'être faibles, tristes ou malades, de ne pas avoir le droit de se laisser aller, de se laisser déposer, de s'abandonner. Chez certaines personnes, ce rôle est devenu une seconde nature : dans le quotidien, elles s'efforcent de garder le contrôle, de rester fortes, parfaites, et elles se sentent valorisées par cette image de solidité ou de performance. L'opinion des autres est souvent très importante pour elles.

Le traumatisme a souvent le même impact pour ce type de personnes que la tempête pour le chêne : leur vision du monde ou leur capacité à s'adapter aux changements est trop stéréotypée, absolue, rigide : elles se sentent profondément brisées et incapables de s'adapter à cet événement. Elles se blâment d'être en convalescence et ont de la difficulté avec le processus émotionnel douloureux, mais sain et nécessaire (voir le chapitre 8). Ces traits de personnalité ne les aident pas à traverser l'épreuve, mais leur nuisent en leur ajoutant des exigences tyranniques.

Enfin, le *sexe* et l'*âge* de la victime constituent des facteurs prétraumatiques qui peuvent également influencer la sévérité des symptômes post-traumatiques. Comme nous l'avons vu précédemment, les femmes courent approximativement deux fois plus de risques que les hommes de développer un TSPT à la suite d'un événement traumatisant. Certaines caractéristiques génétiques et physiologiques propres aux femmes pourraient expliquer cette différence qui se retrouve aussi pour les symptômes dépressifs ou anxieux. D'importants facteurs sociaux pourraient également expliquer cette différence ; en effet, des données ont montré que les femmes 1) vivent davantage d'événements à caractère sexuel, traumas considérés comme particulièrement dévastateurs, 2) ont davantage tendance à répondre à des projets de recherche et à utiliser des services thérapeutiques lorsqu'elles sont en détresse, ce qui pourrait biaiser les résultats observés, alors que les hommes utilisent davantage de stratégies de consommation d'alcool et de retrait social, 3) pourraient entretenir plus de stratégies de co-rumination plus néfastes que les stratégies d'adaptation plus actives (p. ex. résolution de problème) et avoir tendance à éviter davantage les éléments associés au trauma, et 4) pourraient

être plus fragilisées par des stresseurs environnementaux (p. ex. pauvreté, harcèlement, discrimination) que les hommes, ce qui pourrait constituer un facteur aggravant au TSPT (voir les références en fin d'ouvrage).

On ne note pas de différences sur le plan du blâme entre les sexes, les deux entretenant autant de culpabilité. En revanche, les femmes ont une plus grande tendance à s'attribuer la responsabilité (ou à se blâmer) de la *cause* de l'événement traumatique, alors que, pour leur part, les hommes se culpabilisent davantage de ne pas avoir *bien réagi* lors de l'événement. Les femmes entretiennent donc des pensées telles que : « Je n'aurais pas dû traverser ce parc et je ne me serais pas fait agresser », alors que les hommes ont plus tendance à penser ceci : « J'aurais dû réagir avec plus de violence et de vitesse et je ne me serais pas fait agresser. » Enfin, certaines données montrent que les victimes plus jeunes risquent davantage de souffrir de TSPT que les victimes plus âgées, et ce, indépendamment du type de traumatisme vécu.

4.3 Les facteurs de maintien

Certains éléments présents après l'événement peuvent influencer l'intensité de la détresse.

De nombreuses données indiquent que le *soutien de l'entourage* est crucial dans la convalescence post-traumatique. La victime est fragile et se sent souvent démunie et confuse. Ce soutien prend donc une grande place dans sa convalescence. Il peut être émotionnel (écouter, essayer de comprendre, donner de l'affection, de la tendresse, etc.) ou plus technique (donner des conseils, prêter de l'argent, rendre des services, etc.). Un manque de soutien ou des comportements carrément négatifs (comme les critiques, le blâme, un manque de compréhension et d'empathie, ou des comportements hostiles, contrôlants, intrusifs ou stressants) aggravent les symptômes. De nombreuses études montrent que les symptômes des victimes ne recevant pas de soutien positif et subissant un soutien négatif sont significativement plus sévères et plus chroniques que chez les autres victimes ayant pourtant vécu le même événement traumatique (voir, entre autres, les travaux de Guay). Une méta-analyse souligne même que le manque de soutien social

est un des prédicteurs les plus importants de symptômes post-traumatiques plus sévères (Brewin *et al.*, 2000).

Par ailleurs, des études semblent démontrer que les victimes demeurant dans de petites communautés présentent des caractéristiques spécifiques (prévalence plus élevée de problèmes de santé physique et psychologique, faible disponibilité des services sociaux, réticence à demander l'aide de professionnels, isolement, préjugés, etc.) qui peuvent également contribuer à augmenter la prévalence et la sévérité de leurs symptômes post-traumatiques.

Indépendamment du soutien comme tel, la *reconnaissance du traumatisme* par l'entourage et le milieu de travail est aussi cruciale. Le monde du travail est actuellement très compétitif et axé sur l'excellence et la performance. Les arrêts de travail sont parfois considérés par certains gestionnaires comme une baisse de productivité ou un manque de volonté plutôt que comme un signe de détresse humaine majeure. Dans certains cas, les victimes se plaignent de se sentir presque blâmées par leurs employeurs alors qu'elles leur reprochent plutôt de ne pas prendre les moyens nécessaires afin de diminuer le nombre d'agressions ou d'accidents au travail.

Nathalie est intervenante communautaire et a récemment vécu une troisième agression sur les lieux de son travail. Son employeur semble minimiser leur impact, et lui mentionne « que des usagers peuvent effectivement être désorganisés à cause de leur trouble psychiatrique et de leurs nombreux facteurs de stress économiques ». Pendant son arrêt de travail, l'employeur de Nathalie multiplie les formulaires à remplir, exige une contre-expertise et conteste l'arrêt de travail. Aux prises avec des symptômes post-traumatiques perturbants, Nathalie est amèrement déçue de cette attitude. Elle ressent beaucoup de révolte envers cet organisme qui n'assure pas sa sécurité, ne met pas en place les solutions qu'elle a proposées et minimise la gravité des gestes commis. Elle qui entretenait un sentiment de vocation se sent maintenant trahie et impuissante, et ses symptômes post-traumatiques sont exacerbés.

La façon dont la société *juge le traumatisme* affecte aussi la convalescence des personnes victimes. Plusieurs souffrent de faire

face à des préjugés. Il est intéressant de constater que les deux types de victimes ayant été le plus étudiés dans la littérature post-traumatique sont les victimes de viol et les vétérans du Vietnam : deux populations profondément marquées par de forts préjugés sociaux. Les victimes de viol souffrent souvent des préjugés envers ce type d'agression, et ce jugement social quant à la cause du trauma (« J'ai l'impression qu'on considère que j'ai entraîné l'agression ») ou à leur valeur personnelle (« Je me sens profondément souillée ») entraîne des sentiments de honte et de culpabilité aggravants. Quant aux vétérans du Vietnam, ils ont vécu, lors de leur retour aux États-Unis, dans les années 1970, un contexte social extrêmement critique à leur endroit. Loin d'être accueillis en héros, ils ont été considérés par plusieurs mouvements sociaux comme des « assassins de civils indignes » et représentent une honte pour leur pays. Ces deux types de population ont été extrêmement étudiés par les chercheurs dans le domaine et nous connaissons leurs taux de TSPT très élevés. Les questions suivantes sont intéressantes : les taux de TSPT auraient-ils été aussi élevés chez les vétérans s'ils étaient revenus acclamés en vainqueurs et couverts de gloire ? Aurait-on détecté un nombre plus élevé de TSPT chez les pompiers du 11 septembre à New York si on les avait blâmés de leurs actes, de leur délai d'action et qu'on ne les avait pas autant considérés comme des héros ?

À l'inverse, lorsque certains traumatismes sont vécus collectivement et entraînent une augmentation de la cohésion et de l'entraide sociales, les victimes peuvent se sentir davantage validées, reconnues, soutenues et présenter moins de séquelles que les mêmes victimes dans un contexte social différent. Prenons, par exemple, le cas des bombardements de Londres pendant la Seconde Guerre mondiale, les événements du 11 septembre à New York et les populations victimes de tsunamis ou d'inondations où, malgré une détresse et des pertes humaines et matérielles importantes, la cohésion sociale a été très forte. Dans ces situations, la solidarité nationale a pu constituer un baume pour les victimes et leur donner le sentiment d'être comprises, légitimées, entendues dans leur douleur.

Les *poursuites judiciaires* constituent souvent une épreuve douloureuse supplémentaire pour les personnes victimes d'actes

criminels. Le fait de comparaître devant un juge, de répondre aux questions souvent intrusives, indiscrètes et confrontantes d'un avocat de la partie adverse, d'avoir à raconter son expérience douloureuse, humiliante devant le présumé responsable, de devoir décrire dans la salle d'audience l'événement dans tous ses détails, tout cela fait remonter plusieurs souvenirs pénibles et exacerbe souvent la détresse. Les procédures peuvent être éprouvantes pour la victime et celle-ci peut ressentir beaucoup de frustration : c'est à elle et non à l'agresseur que le système demande de se justifier. Elle doit accumuler les preuves de ses séquelles, se soumettre à des examens médicaux, psychologiques, psychiatriques, recueillir des attestations pour la cour, justifier ses absences à son employeur, etc. Sans compter qu'elle entretient souvent beaucoup d'espoir : l'espoir d'obtenir enfin justice, l'espoir de faire reconnaître le traumatisme publiquement, l'espoir de voir l'agresseur puni, l'espoir que cette procédure puisse encourager d'autres victimes ou prévenir de futures agressions... Malheureusement, le système judiciaire actuel et les sentences obtenues par les responsables sont souvent perçus comme injustes, dérisoires ou méprisants. Ces sentiments peuvent aggraver les symptômes post-traumatiques. Pour toutes ces raisons, plusieurs victimes décident de ne pas dénoncer et de ne pas tenter de poursuites judiciaires. Les taux sont extrêmement bas pour les victimes de viol, par exemple, où seulement une victime sur dix dénonce ce qu'elle a vécu, et très peu se rendent jusqu'au procès.

Les *séquelles physiques* constituent un autre élément qui peut aggraver ou maintenir la détresse. Lorsqu'elles sont visibles, l'événement traumatique et ses conséquences négatives sont constamment ramenés à la conscience de la victime par le miroir ou les personnes qu'elle rencontre. De plus, perdre l'usage d'un membre, souffrir de brûlures, être paralysé, subir des séquelles d'un traumatisme crânien, endurer la douleur d'un mal de dos chronique constituent des défis adaptatifs supplémentaires et qui aggravent la convalescence psychologique. En outre, remarquer tous les jours les limitations que ces séquelles entraînent peut maintenir les symptômes envahissants et la révolte associés. Elles peuvent aussi entraîner de la honte face à son corps dans le cas de perte d'un

membre ou de cicatrices apparentes et permanentes. Ces séquelles impliquent parfois un deuil douloureux de ses capacités physiques ou d'une apparence antérieure perdue à jamais.

Doris est adolescente quand elle monte dans la voiture avec son père... Personne n'a jamais vu le camion qui arrivait en sens inverse à toute vitesse : le choc a été épouvantable. Dans cet accident, Doris a souffert de multiples hémorragies internes. Elle est restée dans le coma près d'un mois ; pendant ce temps, elle a dû subir plusieurs opérations chirurgicales majeures. Quand elle reprend connaissance, elle est frappée par la douleur à sa jambe. Elle doit, pendant plusieurs semaines, recevoir des traitements de physiothérapie et apprend que, malgré les opérations, les médecins ne pourront sauver ses muscles et qu'elle devra être amputée. C'est un choc terrible. Lorsqu'elle arrive en consultation, elle fait montre de beaucoup de courage : elle a appris à utiliser une prothèse, tente de trouver un meilleur ajustement pour son moignon, s'efforce de faire tous ses exercices quotidiens afin de maximiser sa réadaptation. Malgré tout, elle est très amère face à la vie : « Comment pourrai-je jamais oublier ce qui m'est arrivé ? Chaque matin, en me réveillant, je repense à cet accident. Chaque fois que je dois réajuster ma prothèse, je suis ramenée à la dure réalité. Pourquoi moi ? Vais-je un jour vivre une relation amoureuse ? Qui voudra étreindre une femme qui n'a plus qu'une jambe ? Moi qui adorais l'été et qui aimais me baigner, je sens que je ne mettrai jamais plus de maillot de bain tellement j'ai honte de ce corps dégoûtant. Je me sens condamnée à une vie solitaire et déprimante. »

Les symptômes post-traumatiques sont douloureux pour la victime et peuvent rendre ses relations avec son entourage très difficiles. *L'impact négatif du trauma sur les relations* familiales, conjugales ou sociales (divorce, rupture amoureuse, conflits familiaux, dislocation du réseau d'amis) constitue un facteur aggravant qui s'ajoute au stress déjà présent à la suite de l'événement. De la même façon, les *conséquences professionnelles négatives* des symptômes post-traumatiques, par exemple la perte d'emploi entraînée par les difficultés de concentration, l'échec d'une transaction importante à cause de l'irritabilité post-traumatique, la perte de revenus, la

baisse de productivité ou l'absentéisme élevé, constituent des éléments qui peuvent aggraver ou maintenir les symptômes.

Toutes les *cognitions reliées au trauma* auront aussi le potentiel d'influencer la convalescence de la personne victime. On désigne ici ses attributions causales face à l'événement, ses distorsions cognitives, ses interprétations concernant sa capacité à traverser cette épreuve, ses perceptions de ses relations avec les autres, ses scénarios concernant son avenir, le sens qu'elle accordera à l'événement traumatique (« occasion de croissance », « épreuve source de changement », « preuve que le monde est horrible » ou « événement dévastateur permanent »), ses croyances face au monde et face à la vie, etc. Ces éléments cognitifs ont fait l'objet de recherches innombrables et seront ciblés spécifiquement lors de la démarche thérapeutique (le chapitre 9 sera consacré à ce sujet).

Un type de cognition tout particulier est l'*attribution faite par la victime* de la cause du traumatisme, des actions faites lors du trauma ou des conséquences de ses gestes. Cette attribution va influencer la présence de honte et de culpabilité, sentiments associés aux symptômes post-traumatiques et dépressifs. En général (mais pas toujours, voir l'exemple de Sébastien ci-dessous), les victimes qui se blâment ou qui s'attribuent la responsabilité de l'agression vécue (attribution interne) (« Je n'aurais jamais dû sortir à cette heure-là », « Je suis tellement naïve, c'est de ma faute », « Je dois avoir fait quelque chose pour mériter cela ») présentent plus de symptômes post-traumatiques que celles qui ont vécu le même événement, mais qui considèrent que ce sont des facteurs externes (l'agresseur, la société, le hasard, le destin) qui sont responsables (voir la section 9.2.1). Enfin, le type d'attribution causale effectué par la victime influencera son humeur et son contact avec les autres (repli sur soi, évitement social plus présent, par exemple en cas de honte et de culpabilité) et, conséquemment, le soutien social qu'elle recevra, facteur d'aggravation ou d'amélioration du TSPT.

L'évaluation du *risque que le trauma se reproduise* découle souvent de l'attribution causale de l'événement. En fonction de son attribution, la victime va estimer son degré de contrôle et le potentiel de risque d'une retraumatisation potentielle. Plus la personne a l'impression que le risque de revivre un tel trauma est élevé ou

qu'elle est impuissante face à ce risque, plus les symptômes post-traumatiques seront graves.

Alors que Sébastien rentre chez lui un soir, sa voiture glisse sur la chaussée et percute un arbre en bordure de la route. Quand on lui demande ce qui, selon lui, a mené à cet accident, il attribue la cause de l'événement à sa mauvaise conduite et considère que c'est de sa faute. Il a l'impression que s'il corrige sa façon de conduire, s'il est plus vigilant, ça ne se reproduira plus. Il considère que la cause de l'accident était donc contrôlable (s'il n'avait pas effectué une mauvaise manœuvre, cet accident ne se serait pas produit) et qu'une fois celle-ci corrigée, la probabilité qu'un tel accident se répète est très faible. Sébastien se sent donc de nouveau en contrôle sur la route, ses symptômes post-traumatiques diminuent rapidement en intensité et en fréquence. Il sent qu'il retrouve un sentiment de sécurité face à sa vie et face à l'avenir.

Cependant, que serait-il arrivé si Sébastien avait considéré que des causes beaucoup moins « contrôlables » sont à l'origine de son accident? Par exemple, on sait que les victimes d'accidents de la route qui considèrent que ce sont les conditions météorologiques, la conduite des autres conducteurs ou l'état de la voiture qui sont responsables de l'accident présentent beaucoup plus de symptômes post-traumatiques que les autres (voir les travaux de Janoff-Bulman). Pourquoi? Parce que la cause est alors incontrôlable et que ces victimes se sentent impuissantes; elles évaluent la probabilité qu'un autre accident se produise comme beaucoup plus grande.

Ainsi, imaginons que Sébastien attribue son accident à la conduite dangereuse d'un autre conducteur. Depuis l'accident, pour lui, tous les conducteurs sont des personnes négligentes qui constituent des dangers potentiels. Il n'a aucun pouvoir ou contrôle sur eux et se sent très vulnérable. Il est très anxieux au volant, car il est attentif à la moindre défaillance perçue dans la conduite d'autrui. Dès qu'il est entouré de plusieurs véhicules, il est nerveux et tendu, il se sent à leur merci, impuissant. Il évite le plus possible de se retrouver sur la route.

Certains *traits de personnalité présents à la suite du trauma* influencent aussi l'adaptation aux séquelles post-traumatiques. La

tendance de la victime à se mobiliser vers un mieux-être et une confiance en ses capacités de traverser cette épreuve joueront beaucoup dans sa récupération post-traumatique ainsi que dans son implication dans sa démarche thérapeutique. Les exigences envers soi, par exemple, jouent un rôle important. La dureté de certaines personnes face à elles-mêmes, leurs attentes élevées de performance face à ce qu'elles «devraient» faire et la façon dont elles «doivent» réagir constituent des facteurs aggravants. Lorsqu'elles souffrent, ces personnes considèrent souvent qu'il s'agit d'un signe de faiblesse honteux. Or, ces attitudes ont souvent l'effet inverse de celui recherché : elles exacerbent leurs symptômes et prolongent la convalescence.

La relation qu'entretient la victime avec ses émotions jouera aussi un rôle important dans sa récupération post-traumatique. Les émotions constituent des signaux d'alarme que «quelque chose ne va pas». Parce qu'elles ne sont pas en contact avec elles-mêmes, certaines personnes risquent de ne pas reconnaître assez tôt qu'elles vivent des difficultés et attendent parfois très longtemps avant de mettre en place des solutions pour les régler ou d'aller consulter. Ces victimes arrivent souvent en démarche psychologique alors qu'elles ont complètement épuisé leurs ressources adaptatives à force de refuser ou de nier leurs états émotionnels. Certaines considèrent les émotions comme des signes de vulnérabilité, ou comme des états qui ne servent à rien et dont il faut se débarrasser. Cette conception des émotions rend l'acceptation par la victime de ses réactions beaucoup plus ardue. Cette attitude ne fait donc que rajouter un problème à un autre... et ne les aide pas à mieux s'adapter au trauma. Nous nous attarderons au travail spécifique des émotions au chapitre 8.

Robert est policier depuis 10 ans. C'est un homme fier, décidé, qui croit beaucoup au contrôle de soi et au pouvoir de la volonté. Il a des valeurs strictes et a choisi ce métier pour combattre la criminalité et aider les citoyens qui en sont victimes. Il est dur envers lui-même et très exigeant vis-à-vis des autres. Ces traits de personnalité, jumelés à une forte carrure, lui ont forgé une réputation de gars solide, de pilier dont il est assez fier. Une nuit, alors qu'il patrouille, sa collègue et lui sont appelés sur la scène d'un vol

à main armée. Au moment où ils arrivent, le voleur armé panique et tire dans leur direction. S'ensuivent alors une poursuite en voiture et une fusillade. Robert est atteint par une balle, la voiture dérape et emboutit un pylône d'autoroute à 120 km/h : sa collègue est grièvement blessée. Durant sa convalescence, Robert a des cauchemars de l'accident. Il est très agité, réagit au moindre bruit. Il est incapable de conduire une voiture et est très nerveux quand il est passager. Lorsqu'il se trouve dans une foule, il est constamment sur ses gardes et craint d'être agressé de nouveau. Il est révolté par ses symptômes : lui qui était si solide, il se trouve maintenant faible, n'accepte pas d'être si inquiet « après toutes ses années de service ». Lui qui a toujours considéré les émotions comme des choses que l'on doit contrôler, il est déçu de se sentir submergé par elles. Il se blâme d'avoir « foiré » lors de cette poursuite et craint ce que ses collègues pensent de lui dorénavant.

Les traits de personnalité de Robert ne l'aident pas dans son ajustement post-traumatique : ses attentes de performance, de solidité, son manque d'indulgence vis-à-vis de ses symptômes et sa vision négative des émotions aggravent ses séquelles et retardent son rétablissement.

Un autre facteur de maintien des symptômes post-traumatiques constitue la tendance de la personne à l'évitement : en effet, la fuite des situations associées à l'événement trauma, l'évitement des conversations l'évoquant, la répression des images liées à l'événement constituent des mécanismes efficaces de soulagement... mais maintiennent la peur, affectent négativement la qualité de vie au quotidien, l'autonomie et les relations sociales de la personne et renforcent en retour l'évitement (voir les sections 11.3 et 12.1). Les personnes qui évitent beaucoup confirment leurs perceptions de danger, renforcent leur peur des éléments associés au trauma, ont tendance à éviter de plus en plus avec le temps et souffrent d'encore plus de symptômes envahissants.

Enfin, un dernier facteur aggravant plus délicat concerne la possibilité de *gains secondaires*. Plusieurs personnes souffrant de TSPT reçoivent des compensations financières ou sont en arrêt de travail. Dans la démarche thérapeutique, il est souvent *très facile* de postuler que des gains secondaires soient responsables d'un

maintien des symptômes. Le thérapeute pourrait perdre de vue, en effet, qu'éviter de retourner sur les lieux du travail, être résistant aux exercices, ne pas vouloir parler de l'expérience traumatique, avoir tendance à manquer des séances fait partie intégrante du TSPT (le critère C est indispensable au diagnostic). Considérer que certains patients ne sont « pas motivés », « ne veulent pas vraiment s'en sortir », « se complaisent dans leur peine », « sont résistants » peut s'avérer un piège facile et empêcher l'identification d'autres facteurs explicatifs plus appropriés.

Cela dit, il peut arriver dans de rares cas que des gains secondaires soient effectivement en jeu : mentionnons, par exemple, les gains secondaires techniques (« Je n'aimais pas ce travail, maintenant, je suis contente de ne pas l'exercer », « Je reçois des compensations financières intéressantes ») ou les gains secondaires émotionnels (« Depuis que je suis en arrêt de travail, j'ai une place privilégiée dans la famille », « Je reçois enfin la tendresse et l'affection dont j'ai tant besoin », « Mon conjoint est beaucoup plus présent à mes côtés »). Ces gains, en apparence faciles et avantageux, s'obtiennent malheureusement au coût très élevé de l'autoactualisation, de l'autonomie et d'un retour vers le mieux-être. Nous verrons à la section 14.8 comment aborder stratégiquement et en équipe ces enjeux avec la victime afin de limiter les effets de ses gains secondaires potentiels et sortir de l'impasse thérapeutique.

TROISIÈME PARTIE

**COMMENT AIDER
LES PERSONNES VICTIMES
DE TRAUMATISME?**

CHAPITRE 5

PARTICULARITÉS DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE AUPRÈS DES PERSONNES VICTIMES

Le travail et le contexte thérapeutique avec des victimes de traumatisme comportent certaines caractéristiques spécifiques. Il est important d'en être conscients et de rester attentifs à l'impact que ces particularités ont sur nous.

5.1 À quoi ressemble le travail thérapeutique auprès des personnes victimes ?

Travailler avec des victimes ayant vécu un traumatisme, c'est être profondément en contact avec ce que la violence et la méchanceté humaine entraînent comme séquelles psychologiques. Même si, comme cliniciens, nous avons l'habitude de côtoyer la détresse humaine, ce contact intime avec les conséquences d'actes dévastateurs commis de façon délibérée par un être humain à l'endroit d'un autre est souvent très dérangent. De la même façon, entendre et accompagner des victimes ayant vécu un désastre naturel ou un accident grave peut être profondément bouleversant. Le récit détaillé du traumatisme, le contact empathique avec la détresse intense de la victime peuvent grandement ébranler tout clinicien. Ce travail exige souvent une bonne capacité de tolérance à l'horreur associée à ces événements.

Ce contact thérapeutique peut aussi remettre en question notre propre conception du monde, de la vie ou de la nature humaine.

Révolte face aux côtés odieux de la nature humaine. Interrogations quant aux causes de la violence ou de la négligence industrielle. Quête de sens face à la vie, face au monde. Réflexions sur le rôle du mal ou du malheur dans l'existence. Bouleversement de notre spiritualité ou de notre façon de voir les gens autour de nous. Remise en question de nos valeurs et de nos priorités. Prise de conscience intense de notre propre fragilité et de notre vulnérabilité.

Il importe d'être conscients que le fait de travailler intimement avec des individus qui ont vécu des expériences horribles peut avoir un impact bouleversant sinon traumatisant sur nous. L'approche cognitivo-comportementale, tout particulièrement, exige une description détaillée de ce qui s'est produit afin de faciliter l'intégration émotionnelle du traumatisme chez la victime. Or, ces détails quelquefois horribles font ensuite partie de notre mémoire et peuvent provoquer chez nous symptômes envahissants, anxiété et détresse. Certaines études mettent en évidence les symptômes de « fatigue de compassion » ou de « traumatisme vicariant » qui surviennent chez des cliniciens travaillant avec des victimes (Figley, 2002, 1995 ; Brillon, 2020). Ces syndromes affectent les soignants qui sont en contact régulier avec les récits horrifiants des victimes, leurs émotions intenses ou leurs souvenirs traumatiques. Ils se traduisent par un épuisement généralisé, un émoussement de l'empathie, une insatisfaction et des sentiments d'impuissance et d'inefficacité face au rôle d'intervenant ainsi que par des symptômes post-traumatiques liés au trauma vécu par leurs patients.

Le clinicien doit accompagner et accueillir une victime qui ressent et exprime souvent des émotions très intenses : honte, humiliation, culpabilité, colère, rage, sentiment d'injustice, sentiment de trahison, désespoir. Il est primordial que nous puissions supporter le contact avec cette forte charge émotionnelle (voir le chapitre 8). Il est important aussi que nous puissions reconnaître les émotions qui nous appartiennent dans ce contact empathique afin de mesurer leur impact sur la relation thérapeutique : colère face à l'agresseur de la victime, impuissance à aider celle-ci, tristesse empathique face à sa détresse, malaise ou dégoût face à des détails sordides se rapportant à l'événement, etc.

Le travail auprès des victimes souffrant de TSPT se distingue de celui avec d'autres patientèles anxieuses par ces aspects particulièrement interpellants et émotionnels. La démarche est aussi souvent plus longue, plus difficile, plus douloureuse, ce qui peut faire naître des sentiments d'impuissance ou d'incompétence (inappropriés) chez le thérapeute.

5.2 Ne pas nous perdre de vue... et maintenir notre vitalité de soignants

Pour être utiles à nos patients, nous devons être le plus alertes possible à nos propres réactions à l'égard de ce qu'ils nous expriment et de ce qu'ils ont vécu. Être à l'écoute de nos propres émotions dans le contact thérapeutique et identifier l'impact de ces émotions sur notre relation avec ce patient est essentiel : « Suis-je irritable face à ce patient ? », « Est-ce que je me sens fatigué ? », « Est-ce que j'hésite à demander la description du traumatisme à ma patiente parce que je trouve que ce qui s'est passé est vraiment horrible ? », « Comment se fait-il que je sois si "rationnelle" et distante avec ce patient et que, dès qu'il parle d'émotion, je devienne plus technique et moins empathique ? ».

Soyons indulgents envers nous-mêmes dans ce questionnement et légitimons nos réactions : comme mentionné précédemment, il est normal de ressentir du dégoût, de l'horreur, de l'impuissance en travaillant avec des victimes qui ont vécu des expériences horribles. Ces réactions sont humaines et vous n'avez pas à être surhumain pour être un bon thérapeute. Au contraire ! Les patients ont souvent besoin de sentir que nous réagissons humainement à ce qu'ils vivent et que nous sommes à l'aise avec nos propres émotions.

Certaines expériences traumatiques vécues par des patients peuvent nous rappeler nos propres expériences difficiles. Ce rappel douloureux fait souvent remonter plusieurs émotions pénibles. Le thérapeute peut alors avoir tendance à ne pas aborder ces sujets en thérapie à cause de la réaction que cela provoque chez lui. Nous nous devons donc d'être attentifs à ce que la relation thérapeutique fait monter en nous et d'identifier les causes émotionnelles de notre attitude professionnelle. Prévoyez des stratégies d'hygiène

émotionnelle saine (en direct pendant les séances, mais aussi par la suite et dans le quotidien), des mécanismes de gestion des blessures morales, la mise en place d'autosoins vitalisants à tous points de vue (voir, entre autres, Brillon, 2020).

Comment pouvez-vous exprimer ou partager ce que votre travail avec cette victime vous fait vivre? Brisez votre isolement professionnel, améliorez votre réseau de soutien et entourez-vous de gens réconfortants, agréables, qui vous aideront à conserver une vision sereine des relations humaines et de la vie. Ménagez-vous dans le quotidien, adoptez un mode de vie sain et entretenez des loisirs ou des activités non psychologiques plaisants. Favorisez des activités ressourçantes, apaisantes, positives, qui contribueront à maintenir des conceptions sécurisantes du monde et de la nature humaine. Ne travaillez pas trop et permettez-vous d'avoir des loisirs qui vous feront rire et profiter de la vie. Bref, profitez-en pour mettre en pratique les stratégies que vous conseillez à vos patients... et que trop souvent les thérapeutes eux-mêmes oublient d'appliquer! Surtout, n'oubliez pas que pour leur être utile, vous devez vous-même être psychologiquement et physiquement en forme.

Enfin, rappelons-nous à quel point la supervision et le travail thérapeutique sur nous-mêmes sont les piliers d'une saine pratique professionnelle.

5.3 Être soignant auprès des victimes: 10 conseils pour peaufiner l'attitude thérapeutique

Le travail avec des victimes souffrant de TSPT se distingue donc d'un autre avec une autre patientèle anxieuse. Il implique des particularités dans le contact thérapeutique et dans l'attitude face à la victime. Vous trouverez ici 10 conseils de thérapeute à thérapeute, qui peuvent vous guider dans ce contact (voir aussi Foa et Rothbaum, 1998).

1. Adoptez une attitude très empathique et soutenante

Même si cette consigne peut s'appliquer à tous les types de patients, il reste que ce conseil est particulièrement important avec des victimes. En effet, vivre une expérience traumatique implique

presque toujours une expérience de violation intense de ses droits fondamentaux. Les victimes ont souvent vécu un sentiment de profonde trahison de la part de la nature humaine, de non-respect, de mépris face à leurs besoins essentiels et face à ce qu'elles sont. Ce sont des patients qui sont souvent méfiants envers le processus thérapeutique et qui hésitent à refaire de nouveau confiance à quelqu'un ou à la vie. Ils peuvent trouver le processus thérapeutique intrusif (« Lui et ses questions indiscrètes ») ou inégal (« Je suis obligé de me dévoiler complètement alors que je ne sais rien de ma thérapeute »). Ces deux aspects ont souvent été présents lors de l'événement traumatique, surtout lorsqu'il a été de type interpersonnel, et certaines victimes se sentent menacées et sur la défensive en thérapie. Elles seront très sensibles à ces similitudes et sentiront le besoin de vivre une relation d'équipe plutôt qu'une relation plus hiérarchique. Elles sont souvent sensibles à la distance thérapeutique, qu'elles perçoivent généralement comme de l'indifférence, de la froideur ou même un signe qu'elles sont responsables de ce qui leur est arrivé.

Par conséquent, la thérapie doit d'abord être un endroit où elles se sentent respectées, entendues et comprises. Elles doivent s'y sentir en confiance et en sécurité. La victime a besoin de sentir que nous la soutenons et que nous comprenons ce qu'elle a vécu. Pour ce faire, il est souvent utile que nous exprimions davantage notre compréhension et notre soutien et que nous utilisions surtout des *reflets d'émotions* afin de bien l'accompagner dans ce qu'elle vit et de créer l'alliance thérapeutique. La qualité de cette alliance thérapeutique est primordiale. D'abord, parce qu'elle permet de panser la perte de confiance en la nature humaine et en la vie qui a été causée par le traumatisme. Ensuite, parce que les stratégies exigées par le traitement du TSPT seront exigeantes pour la victime : seules une bonne alliance et la confiance que la victime vous témoigne lui permettront d'accepter de tenter le processus nécessaire à sa guérison.

2. Adoptez une attitude de non-jugement

Tout le monde juge une victime de traumatisme... Janoff-Bulman (1992) a expliqué cette tendance par notre besoin de garder

intactes nos croyances en un monde juste et bienveillant (nous verrons cette notion en détail dans le chapitre 9). En effet, il est souvent beaucoup trop difficile pour l'entourage de la victime d'envisager qu'un tel traumatisme est dû au hasard ou à la méchanceté d'autrui et que, par conséquent, cela pourrait aussi lui arriver ! Il est plus aisé de blâmer la victime pour ses comportements (« De toute façon, elle conduit comme un pied, pas étonnant qu'elle ait eu un accident », « Je ne serais pas sortie à cette heure-là, moi ») ou pour ses traits de personnalité (« C'est le genre de personne à qui tous les malheurs arrivent, de toute façon », « Il est arrogant et cherche la bagarre avec tout le monde »). Ce faisant, l'entourage de la victime conserve intactes ses croyances en un monde juste (« On obtient ce qu'on mérite dans la vie. Il n'y a pas de hasard ») et maintient ses impressions de sécurité et d'invulnérabilité. En effet, « si c'est la victime qui a causé l'événement traumatique... je suis protégé d'un tel malheur puisque je n'adopte pas les mêmes comportements ou que je ne possède pas les mêmes traits de caractère ».

Comme clinicien, il est essentiel d'être conscient de cette tendance naturelle et de s'assurer qu'elle ne transparait pas dans le processus thérapeutique.

3. Soyez actif et directif... mais souple

Tout en adoptant une attitude très empathique et soutenante, vous devez donner au traitement du TSPT une *direction* lors de vos entrevues. Soyez plus actif que passif devant votre patient. Définissez votre plan thérapeutique avant l'entrevue (« Aujourd'hui, il serait important que je possède une meilleure idée des symptômes et des facteurs associés chez cette victime » ; « Mon patient a très honte de ses symptômes, il serait approprié que l'on travaille la psychopédagogie à ce sujet » ; « Elle a de la difficulté à être en contact avec ses émotions liées au trauma, cela pourrait sûrement l'aider que l'on facilite le processus émotionnel » ; « Ses pensées face à son avenir sont extrêmement pessimistes et contribuent au maintien de sa détresse. Des exercices de restructuration cognitive pourraient peut-être assouplir cette façon de voir les choses et l'aider »). Ensuite, tentez d'orienter vos interventions afin de parvenir

à cet objectif («Je pourrais prévoir des questions ouvertes sur sa symptomatologie, de la psychopédagogie sur le rôle des facteurs associés, puis un échange sur la façon dont elle pense que cela s'applique à elle» ; «Nous pourrions débiter par une explication du rôle des symptômes post-traumatiques pour les normaliser»).

Il m'arrive régulièrement, lors des séances de supervision de cliniciens derrière un miroir sans tain, d'observer que le thérapeute est à la remorque de la victime. Dans ces moments-là, il est très empathique à l'expérience phénoménologique de la victime, mais est trop collé à celle-ci : il manque de distance, il ne sait plus où il va et, ce faisant, il ne sait plus quel objectif thérapeutique il cible. Vise-t-on alors à favoriser une meilleure compréhension d'elle-même chez la victime ? À faire en sorte qu'elle soit plus indulgente envers elle-même ? À favoriser une prise de conscience de l'impact de l'événement ? Ayons toujours à l'esprit l'objectif thérapeutique visé par nos interventions. Quel pas thérapeutique la victime devra-t-elle faire aujourd'hui avec nous ? Qu'aura-t-elle appris à notre contact ? Qu'aura-t-elle réalisé ? Quelle différence pourra-t-on noter dans son état entre son arrivée dans notre bureau et son départ ?

Le clinicien doit donc, en même temps que d'être extrêmement attentif à l'expérience de la victime, analyser le processus thérapeutique dans un *zoom-out*. Posséder en fait de façon simultanée une vision microscopique, mais aussi globale de la séance. Cette direction est très utile : elle permet d'approfondir un domaine d'exploration particulier. Elle aide à obtenir des informations précises ou à accomplir un travail en profondeur. En ce sens, il est essentiel d'être toujours un pas devant notre patient, c'est-à-dire de savoir dans quel but spécifique nous effectuons cette intervention. Cette attitude sécurise le patient, qui sent que vous le guidez dans cette démarche et que vous n'êtes pas en train de vous perdre à deux dans le processus... à cause de détails anecdotiques ou d'un récit tangentiel et stérile.

Il va de soi que tout thérapeute doit en même temps être souple et s'ajuster aux besoins spécifiques et ponctuels de son patient, quitte à mettre complètement de côté le plan prévu. Une séance vague et floue est vraiment inefficace, mais une séance

imposée sur un sujet qui ne correspond pas aux besoins du patient sera tout aussi contre-productive !

4. Adoptez une attitude détendue lors de la description de l'événement traumatique

Évidemment, il ne s'agit pas d'écouter des horreurs avec le sourire, mais plutôt d'assurer la victime que vous êtes capable de l'entendre et de l'accueillir même si elle décrit des circonstances atroces. En fait, ce qui est très important ici, c'est que la victime ne doit pas sentir qu'elle a besoin de prendre soin de vous ou de vous ménager pendant ces descriptions. Elle doit sentir qu'elle peut vous donner tous les détails de ce qu'elle a vécu sans avoir à peser ses mots, contrairement à ce qu'elle fait généralement avec les membres de son entourage. Elle doit sentir qu'elle ne doit pas avoir honte ou avoir à cacher des éléments de son expérience traumatique, ce qui est déjà en soi un important gain thérapeutique. Par conséquent, elle doit sentir que vous êtes assez solide pour entendre tout ce qu'elle a besoin de vous décrire. Bien sûr, parvenir à adopter une telle attitude face à la victime renvoie le thérapeute à ses capacités à prendre soin de lui...

En fait, le message à transmettre (directement ou pas) à la victime est celui-ci : « Il n'y a rien de ce que tu vas me dire ou de ce que tu as vécu qui va changer ma vision de toi. Tu n'as pas à avoir honte de ce qui s'est passé ou de ce que tu as fait. Rien de ce que tu vas me raconter ne va me dégoûter ou m'écœurer au point où cela va m'empêcher de t'aider. En en parlant, en le décrivant ici, tu fais en sorte que l'événement perd de son côté cauchemardesque, horrifiant et tabou. Le partager avec quelqu'un qui te comprend est souvent très utile et peut contribuer à diminuer ta honte de celui-ci. » La victime doit sentir que vous en avez entendu d'autres et que, sans minimiser ce qu'elle a vécu, sans perdre de vue que chaque expérience est unique, vous êtes capable de l'accompagner sans qu'elle se sente obligée de vous ménager.

5. Mettez en évidence les ressources de la victime

Faire une démarche thérapeutique à la suite d'un traumatisme est très exigeant pour la victime. Les symptômes d'évitement sont

l'essence même du TSPT... et une démarche thérapeutique va exactement dans le sens inverse.

Il est donc essentiel de nommer et de mettre en évidence son courage, sa détermination, sa motivation à entreprendre cette démarche : rappelez-lui que le courage n'est pas l'absence de peur : le courage, c'est plutôt le fait d'être terrifié, mais d'agir quand même ! Et c'est exactement ce qu'une victime fait avec vous. Reconnaissez l'énergie que cela lui prend simplement pour venir vous consulter. Faites-lui aussi remarquer à quel point elle est persévérante et motivée. Mettre en évidence ses points forts, ses qualités et sa détermination malgré l'adversité pourra l'aider à poursuivre sa démarche. De plus, ces interventions, tout à fait justes, constituent en soi un travail thérapeutique de connaissance de soi, d'acceptation de son rythme personnel et de reconnaissance de ses forces.

6. Soyez vigilant et nommez les comportements d'évitement dans le processus thérapeutique

Les symptômes d'évitement font partie intégrante du TSPT. Pas d'évitement, pas de TSPT. Par conséquent, les réactions d'évitement seront évidemment aussi présentes dans le processus thérapeutique : « oublis » de rendez-vous, excuses pour ne pas avoir fait les exercices, prétextes pour ne pas avoir lu certains textes, retards, procrastination, etc. Or, plusieurs cliniciens oublient souvent la force de cet évitement, le pouvoir de cette tendance à mettre de côté tout ce qui est relié au pire événement de sa vie. Ils attribuent alors ces comportements à un manque de volonté, de motivation, à la présence de troubles de personnalité ou de gains secondaires à « vouloir continuer à rester malade ».

Même si de telles interprétations peuvent parfois avoir leur place (nous le verrons au chapitre 14), il est d'abord essentiel que le clinicien conçoive ces comportements dans une optique d'évitement propre au TSPT. Comprenez que si la victime trouvait facile de venir en thérapie parler de la tragédie de sa vie, elle ne souffrirait probablement pas de TSPT et n'aurait pas du tout besoin de venir vous voir ! Tentez donc de nommer cette tendance naturelle à l'évitement avec votre patient et de préciser avec lui que, bien que

légitime, cette tendance maintient les symptômes et nuit au processus qui conduit vers le bien-être. Il peut être très utile de préciser avec votre patient quelles sont les craintes sous-jacentes qui motivent son évitement. La psychopédagogie et la restructuration cognitive permettent de remettre en question ces craintes souvent irrationnelles et peuvent diminuer les comportements d'évitement. Si de telles mesures ne suffisent pas, il est toujours possible de reconsidérer les interprétations précédentes...

7. Redonnez un certain contrôle à la victime

Vivre un événement traumatique est une expérience teintée d'impuissance. Par la suite, la victime éprouve des symptômes incapacitants qui la dépassent et qu'elle se sent incapable de gérer. Certaines victimes vont réagir souvent difficilement à une thérapie très directive où elles se retrouvent dans le même état de passivité et se sentent aussi impuissantes que lors de l'événement traumatique. Comparativement aux victimes d'autres troubles anxieux, celles qui souffrent de TSPT vont souvent apprécier de sentir un certain contrôle sur le déroulement du processus thérapeutique. Ainsi, envisagez cet aspect et éclairez la victime sur ce qu'elle vit, sur les caractéristiques du processus thérapeutique ; expliquez-lui pourquoi vous considérez telle stratégie, assurez-la que vous allez respecter son rythme, adaptez les exercices à ses objectifs, etc.

8. Évaluez la sécurité « objective » de vos patients

On ne peut traiter le stress post-traumatique que lorsqu'il est POST-traumatique. C'est dire que le traumatisme doit absolument être *passé* et que la victime doit maintenant être dans une situation *sécuritaire* pour commencer l'intervention post-traumatique. Si une victime se trouve toujours dans une situation potentiellement dangereuse, la priorité est de lui redonner un environnement *sécuritaire* *avant* toute intervention post-traumatique. Ainsi, des femmes agressées par leur conjoint et qui continuent à rester dans cette situation ne peuvent être traitées selon une approche post-traumatique. Des stratégies de résolution de problème, d'intervention de crise, de thérapie de couple ou interpersonnelle sont à privilégier d'abord et avant tout.

L'intervention post-traumatique peut ensuite, et seulement ensuite, être envisagée.

Dans le même ordre d'idées, comme avec des personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif, il est important de ne pas demander à nos patients de s'exposer à des situations que nous n'affronterions pas nous-mêmes, parce que non sécuritaires... Ainsi, même si les victimes exagèrent irrationnellement le risque d'agressions futures, il n'en demeure pas moins que ces craintes sont ancrées dans une certaine réalité. Il est donc essentiel de doser les exercices d'exposition jusqu'à un certain niveau de difficulté et de s'assurer que l'on ne met pas la victime en position de retraumatisation (voir la section 11.5).

9. Démontrez de la confiance en la thérapie

Les victimes ont souvent l'impression de devenir complètement folles ou de vivre des symptômes permanents. Il est très réconfortant pour elles de savoir que ces derniers sont souvent temporaires et que vous avez confiance en la capacité du processus thérapeutique de les soulager. La victime a besoin de sentir que nous croyons en ce que nous lui offrons et que, même si elle trouve sa démarche souffrante, celle-ci est orientée vers son mieux-être à long terme. En même temps, veillez à ne pas créer de faux espoirs ou d'attentes irréalistes quant aux résultats anticipés de la thérapie.

10. Démontrez votre expertise du TSPT

Le travail avec des victimes exige un minimum de connaissances relatives aux symptômes post-traumatiques. Il est essentiel de bien connaître les caractéristiques du TSPT afin de donner de l'information pertinente, récente et rigoureuse à la victime. Les derniers articles sur le sujet (voir Brillon et Martin, 2002, pour une recension française des articles sur le stress post-traumatique) ou les revues spécialisées sur le trauma, telles que la *Revue francophone du stress et du trauma* ou le *Journal of Traumatic Stress*, constituent d'excellentes sources d'information. Si vous ne vous sentez pas parfaitement à l'aise, n'hésitez pas à aller chercher de la supervision ou une formation avancée. Notre patientèle a besoin de sentir que nous connaissons bien ce que nous cherchons à traiter.

5.4 Pièges guettant le thérapeute en situation d'urgence

Depuis les multiples attentats, tragédies de masse et catastrophes naturelles contemporaines, plusieurs ordres professionnels ont dressé une liste de thérapeutes habilités à prodiguer des services psychologiques d'urgence afin de donner un soutien psychologique immédiat aux sinistrés. On voit donc souvent, lors de telles catastrophes, des équipes d'intervenants arriver sur les lieux, pleins de bonnes intentions et souvent très compétents professionnellement. Cependant, peu d'entre eux sont conscients des pièges de telles interventions sur les plans social et relationnel. Il peut être facile dans l'urgence et la crise du moment de succomber ; certaines mises en garde sont appropriées.

Succomber au sensationnalisme et au narcissisme médiatique

Lors d'une catastrophe d'envergure, les médias sont à l'affût de sensationnalisme, de commentaires-chocs, de détails croustillants et quelquefois scabreux. Les demandes d'entrevues pour des émissions légères et les questions à tendance exhibitionniste sont des pièges dont il convient de se méfier.

Il est également essentiel de mesurer la dose importante d'apport narcissique que ces demandes peuvent représenter sur le plan de l'égo. Cette soudaine « célébrité », cette considération importante à notre égard peuvent constituer des stimulants puissants et nuire à une action compétente. Soyons conscients de ce qui motive nos actes, de nos besoins narcissiques et de ce qui peut nous distraire de toute action désintéressée et professionnelle.

Arriver en sauveur

Être appelé sur les lieux d'un sinistre pour apporter soutien et aide aux victimes peut induire un sentiment énorme de responsabilité chez l'intervenant. Or, ce besoin de nous sentir aidants existe souvent en nous, et il a quelquefois motivé en partie ou en totalité notre choix de carrière... Dans des circonstances aussi graves, cette tendance de sauveur peut se trouver extraordinairement stimulée. Avoir l'impression que nous arrivons chargés de la mission de

«sauver ces pauvres gens» n'est pas inhabituel et peut susciter plusieurs réactions: d'abord, un énorme sentiment de responsabilité et d'efficacité afin de «prévenir un TSPT». Ensuite, une tendance à infantiliser les victimes («Ne vous en faites pas, on est là, on va vous arranger ça») et à minimiser leurs capacités adaptatives.

De plus, ce type de réactions peut induire une «pathologisation» des réactions des victimes et une tendance à considérer qu'elles ont toutes besoin de consulter... puisque le sauveur en nous a besoin de se sentir indispensable. Enfin, ce type d'intervenant va prendre beaucoup de place dans les mesures d'urgence destinées aux victimes, suscitant chez elles un sentiment de ne pas être écoutées ou d'être utilisées pour nourrir les besoins narcissiques du thérapeute.

Pathologiser les réactions des victimes

Affirmer ou penser que toutes les victimes souffriront de TSPT ou auront besoin de soutien psychologique est faux. En fait, comme nous l'avons vu en début d'ouvrage, la majorité des victimes traverseront le traumatisme avec peu de séquelles. Plusieurs utiliseront leur gros bon sens, leurs ressources psychologiques, leur courage, leurs capacités adaptatives, le soutien précieux de leur entourage pour s'adapter au trauma... et la majorité y parviendra.

En fait, considérer toutes les victimes ou les sinistrés comme des personnes qui souffriront de TSPT ou qui présenteront des séquelles graves est une erreur qui ne rend pas justice à l'extraordinaire et remarquable capacité de résilience de l'être humain. De plus, cela envoie un message erroné et très pessimiste aux victimes. Malheureusement, il s'agit d'un message assez sensationnaliste pour plaire aux médias...

Débarquer sauvagement

Il est souvent impressionnant pour les sinistrés de voir une équipe de soignants arriver sur les lieux du trauma. Pour plusieurs, cette équipe est rassurante et est le signe que l'on s'occupe d'eux et que l'on reconnaît la gravité de ce qu'ils ont vécu, ce qui est très positif. Ils se sentent légitimés et entourés, pris en considération.

Toutefois, pour d'autres, cette arrivée est dérangement. Plusieurs se sentent considérés comme un ensemble de personnes «malades

mentales » qu'il faut absolument soigner immédiatement. Ils ont l'impression d'être pathologisés, infantilisés. D'autres trouvent cette arrivée intrusive et envahissante, voire exagérée, en raison de ce qui s'est produit, ou la considèrent comme un signe qu'il est arrivé quelque chose de grave et, donc, d'inquiétant.

Il importe alors de faire très attention à notre attitude lors de notre arrivée et de nous efforcer d'être très respectueux des façons de faire établies et de la culture des gens sur place. Prenons garde de ne pas être envahissants, de ne pas nous imposer. Idéalement, laissons les gens venir à nous. Je ne partage pas l'opinion de ceux qui recommandent d'exiger que tous utilisent nos services sous prétexte que les sinistrés « ne savent pas ce qui est bon pour eux » ou « sont en état de choc ».

En tenant compte justement des dernières études sur l'efficacité des interventions d'urgence, nous croyons que certaines victimes ont besoin de temps pour digérer ce qui leur arrive, ont besoin de laisser les choses se déposer, ont besoin de ne pas parler de ce qui s'est passé ou de ne pas en entendre parler tout de suite. Les forcer à le faire peut provoquer davantage de dissociation, d'amertume et le sentiment de ne pas être respectées et entendues dans leurs besoins de base. Il est préférable, dans certains contextes, de rester en retrait et de laisser les sinistrés nous apprivoiser... comme il peut être approprié de prendre les devants lorsque des demandes en ce sens sont exprimées et que les victimes ont besoin de sentir que quelqu'un dirige les opérations. Veillons simplement à ne pas imposer notre façon de faire et à être très à l'écoute de ce que le milieu attend de nous.

Succomber au mercantilisme

Malheureusement, être en contact avec des sinistrés lors de catastrophes de grande envergure peut attiser les visées mercantiles de certains thérapeutes malintentionnés. Il est rare (mais ô combien affligeant) de voir certains intervenants tenter de mousser leur clientèle, distribuer leurs cartes professionnelles à des personnes de toute évidence peu aptes à prendre des décisions éclairées, ou monnayer leurs services à des tarifs très supérieurs à ceux habituellement admis. Méfions-nous de ces tendances et des invitations à agir ainsi dans ces situations.

Ne pas se ménager

Lors d'une catastrophe naturelle de grande envergure ou d'une tragédie nationale (attentat dans un lieu public, écrasement d'avion ou accident grave de véhicules), les thérapeutes impliqués sont aussi... des victimes. Ce double rôle est souvent très difficile à soutenir: d'une part, la société attend de vous que vous aidiez vos concitoyens alors que, d'autre part, vous êtes vous-même sinistré et vous ressentez les contrecoups de l'événement (déménagement possible, famille affectée, enfants qui ne vont plus à l'école, sentiments d'horreur ou de tristesse, couple ébranlé, difficultés financières, stress chronique, etc.).

Être impliqué comme thérapeute en situation d'urgence demande une grande disponibilité de temps et d'énergie (horaire chargé, pratique privée à annuler et à réorganiser, horaires familiaux à adapter). Cela peut exiger de très longues heures d'écoute de récits horribles, de compassion et d'accompagnement d'émotions très intenses. Ce dévouement peut être extrêmement épuisant. Plusieurs intervenants m'ont fait part de leur épuisement et de leur énorme sentiment d'impuissance lors de ces moments. D'autres se sont sentis en détresse, mais incapables de s'occuper d'eux et de leur famille, car le mandat social était trop exigeant. D'autres encore ont souffert de reviviscences de certaines scènes morbides. Permettez-vous de refuser de travailler si vous vous sentez fatigué, perturbé ou en demande sur le plan familial. Et n'oubliez pas de vous ménager si vous vous impliquez: prévoyez des mécanismes de ventilation émotionnelle, de gestion du stress, des heures de repos et de détente, des moments de loisirs.

5.5 Aperçu du traitement des symptômes post-traumatiques

Tout comme chaque victime est unique, chaque démarche thérapeutique est unique. Cependant, dans un but pédagogique, vous trouverez ici un canevas de ce qu'est souvent un plan de traitement pour une victime souffrant de TSPT. Évidemment, les stratégies thérapeutiques ne peuvent être disséquées ainsi et, à plusieurs moments, elles se chevauchent.

- Étape 1 : Bien évaluer les symptômes et les facteurs associés ;
- Étape 2 : Psychopédagogie sur le TSPT ;
- Étape 3 : Travail des émotions douloureuses liées au TSPT ;
- Étape 4 : Travail des pensées associées au TSPT ;
- Étape 5 : Faciliter la détente et l'apaisement ;
- Étape 6 : Cibler spécifiquement la diminution de l'évitement ;
- Étape 7 : Favoriser la digestion émotionnelle du traumatisme ;
- Étape 8 : Conclure la démarche thérapeutique.

L'ordre des stratégies thérapeutiques a été déterminé ainsi pour plusieurs raisons. D'abord, la victime est souvent préoccupée par de nombreuses questions sans réponses... Ces interrogations entraînent beaucoup d'anxiété et entretiennent souvent de la honte et de la culpabilité. Il convient donc d'abord de tenter de répondre à ses questions par la psychopédagogie.

Ensuite, il est important d'aborder le travail des émotions. En effet, des symptômes dissociatifs ou un manque de contact émotionnel empêcheront tout travail thérapeutique subséquent et bloqueront le processus de digestion émotionnelle du traumatisme. Commencer le traitement sans s'assurer que la victime est en saine relation avec ses émotions, est capable de les accueillir (sans crainte et sans jugement) et se sent à l'aise de vous en parler peut être dangereux. Une telle victime peut alors utiliser des mécanismes primaires de protection émotionnelle, comme la dissociation ou la régression. De plus, ce travail permettra à la victime de sentir que nous comprenons une partie très personnelle de son expérience et qu'elle est reçue inconditionnellement dans toute son irrationalité. Ce travail nous permettra aussi de déceler les pensées à la source des émotions douloureuses et de donner toute leur force aux stratégies de restructuration cognitive.

Ces stratégies de restructuration cognitive et de gestion du stress aideront à diminuer certains symptômes post-traumatiques, ce qui soulagera et encouragera la victime. Elles la prépareront aux stratégies parfois plus confrontantes que représentent les stratégies d'exposition.

Pour leur part, les stratégies d'exposition (*in vivo* ou au souvenir du trauma) doivent s'effectuer alors que la relation

thérapeutique est excellente et que la victime fait confiance au processus thérapeutique. Elles sont plus difficiles pour elle et ciblent directement les associations les plus aversives, ce qui lui demande beaucoup de courage. En les planifiant en dernier, on favorise la participation de la victime tout en diminuant le plus possible le risque d'abandon thérapeutique.

Enfin, cet ordre prend en considération la complexité des stratégies thérapeutiques. En effet, les dernières étapes nécessitent des habiletés plus avancées et très spécifiques qui, si elles ne sont pas maîtrisées, pourraient même être néfastes pour la victime. Si le clinicien ne se sent pas assez expérimenté, il peut commencer par des stratégies moins spécialisées et qui sont associées à moins de risques de régressions psychiques.

Cet ordre constitue un canevas de base qui pourra être personnalisé à volonté par le clinicien selon les symptômes et les besoins spécifiques de la victime. Le tableau de la section 5.6 permettra au clinicien de déterminer si toutes les stratégies sont nécessaires, en fonction du profil de la victime.

Le nombre de séances nécessaire pour aider une victime souffrant de symptômes post-traumatiques est souvent une question importante tant pour le clinicien que pour les organismes compensateurs. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération ; d'abord, le type de traumatisme : habituellement, on considère que plus le traumatisme a été direct, interpersonnel, sexuel, précoce dans le développement, plus l'expérience a été traumatique et a pu entraîner des séquelles profondes sur le plan de la personnalité, des tendances dissociatives ou des relations interpersonnelles. Conséquemment, le traitement risque d'être plus long. Les facteurs prétraumatiques et post-traumatiques constituent ensuite des éléments qui aggravent la symptomatologie et rendent le traitement plus ardu et complexe. En ce sens, plus la victime possède de facteurs identifiés dans le chapitre 4 (facteurs prétraumatiques, déclencheurs et de maintien), plus le traitement risque d'être difficile. Enfin, la structure de personnalité et les troubles comorbides surajoutés vont complexifier la démarche, affecter la relation thérapeutique et peuvent même empêcher l'utilisation de certaines stratégies en raison de la fragilité de la victime.

Moins de séances**Plus de séances**Témoign
d'un événement

Trauma interpersonnel

Trauma sexuel

Trauma sexuel
dans l'enfancePeu de facteurs aggravants
Aucun trouble comorbideBeaucoup de facteurs aggravants
Plusieurs troubles comorbides

Il est important de mentionner que si vous n'avez que quelques rencontres (de trois à cinq, par exemple) à votre disposition pour aider la victime, comme cela est parfois le cas dans le cadre d'un programme d'aide aux employés, vous ne pouvez pas traiter le TSPT. Le TSPT est un trouble grave et, en tentant de tout faire en si peu de temps, vous risquez davantage de nuire à la victime que de l'aider. Vous pourriez aggraver son état et la laisser, après le nombre de rencontres prescrit, dans un état de fragilité et de confusion important.

Si vous n'avez que quelques rencontres pour l'aider, profitez de ce nombre de séances pour faire 1) une bonne évaluation des difficultés de la victime ; 2) une bonne psychopédagogie avec elle afin de favoriser une meilleure compréhension de ce qu'elle vit ; 3) un accueil validant, bienveillant et inconditionnel de ses émotions ; 4) un peu de gestion du stress pour l'aider à s'apaiser ; et 5) une recommandation à un professionnel spécialisé qui pourra lui consacrer le nombre de rencontres qui lui sera nécessaire.

Nous recevons trop souvent des victimes qui ont reçu en quelques rencontres « un peu de tout » et qui se sentent complètement perdues dans ce fatras de stratégies thérapeutiques effectuées à la va-vite. Nous sommes souvent obligés de réparer ce qui a été effectué précédemment avec bonne intention, mais maladresse et précipitation par le dernier thérapeute. N'oubliez pas qu'il est préférable de mener moins de stratégies avec votre patient, de viser moins d'objectifs en peu de temps mais de bien effectuer ces rencontres.

La psychopédagogie (voir le chapitre 7) permettra de diminuer la honte de la victime face à ses symptômes, d'augmenter sa compréhension de ses difficultés et de bien la préparer au traitement futur. Les stratégies de gestion du stress (voir le chapitre 10) l'aideront à s'apaiser davantage. Vous ne pourrez diminuer les

symptômes post-traumatiques comme tels, mais vous aurez au moins contribué à une diminution de la détresse et aurez pu recommander votre patient à un professionnel spécialisé.

Et surtout, parvenir à lui faire sentir que son expérience est légitime et importante, qu'il est unique, qu'il est digne de valeur, est un accomplissement colossal qui mérite que l'on s'y attarde.

5.6 Critères guidant le choix des stratégies thérapeutiques

Vous trouverez ici un tableau qui précise les objectifs visés par chacune des stratégies thérapeutiques. Celles-ci ne ciblent pas les mêmes symptômes et, selon la symptomatologie de la victime, certaines seront moins pertinentes.

Objectifs thérapeutiques	Stratégies thérapeutiques
Diminuer la honte de ses symptômes Favoriser une meilleure compréhension du TSPT Créer l'alliance thérapeutique	Psychopédagogie Mise en place des relations de confiance empreinte de bienveillance
Diminuer les symptômes d'altération des émotions Favoriser l'appropriation et l'acceptation émotionnelle Améliorer l'intégration émotionnelle du trauma Mieux gérer les symptômes de culpabilité, de honte, de colère Permettre les stratégies ultérieures	Travail des émotions
Diminuer les symptômes d'altération des cognitions Assouplir les pensées associées à la honte, à la culpabilité, à la colère, à la détresse	Restructuration cognitive
Diminuer les symptômes envahissants associés au trauma et les symptômes d'hyperactivation Diminuer les accès de colère et d'irritabilité Faciliter les exercices d'exposition	Gestion du stress
Diminuer les symptômes de détresse Favoriser la reprise d'activités évitées Améliorer l'autonomie et les contacts sociaux	Exposition graduelle <i>in vivo</i>
Réduire les symptômes envahissants associés au trauma Réduire la détresse associée à la mémoire du trauma Favoriser l'intégration émotionnelle du trauma	Exposition au souvenir du traumatisme
Bien boucler la relation thérapeutique Maintenir les acquis thérapeutiques Prévenir la rechute potentielle future	Conclure la démarche

BIEN ÉVALUER LES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES

L'entrevue clinique est souvent le premier instrument d'évaluation des symptômes post-traumatiques. Mais, la plupart du temps, elle constitue, en plus, l'un des éléments critiques de l'intervention du TSPT. En effet, pour bien traiter, il faut d'abord bien évaluer.

6.1 L'entrevue clinique spécifique au TSPT

L'entrevue nous permet d'obtenir beaucoup d'information clinique pertinente. Mais elle est surtout le premier contact avec la personne victime. Elle vise aussi à installer une forte alliance thérapeutique, à établir et à fixer des objectifs d'intervention personnalisés ainsi qu'à créer un espoir envers le traitement.

Comme pour toutes les premières entrevues avec d'autres problématiques psychologiques, plusieurs éléments doivent être évalués. Nous ne reviendrons pas sur ces facettes générales ; toutefois, nous nous concentrerons plutôt sur les particularités spécifiques à l'entrevue clinique auprès d'une victime ayant vécu un événement traumatique.

Voici les principaux éléments d'information à obtenir :

1. Un aperçu du facteur déclencheur

- Une brève description de l'événement traumatique, la date de cet événement, les réactions de la victime pendant et immédiatement après.

2. Le niveau de fonctionnement depuis l'événement

- Les symptômes post-traumatiques, dépressifs, dissociatifs, anxieux, physiques, le diagnostic différentiel, la médication actuelle ou passée.

3. Une idée des facteurs prétraumatiques

- Les principaux traits de personnalité de la victime (traits/troubles de personnalité, mais aussi capacité d'affirmation de soi, capacité à prendre soin de soi, capacité d'introspection, relations avec les émotions, conceptions de la vie et du monde, détresse précédente).
- Les facteurs de stress présents avant le traumatisme (stress financier, stress physique, facteurs de vulnérabilité, conditions de vie, qualité des relations interpersonnelles, etc.).
- Son histoire traumatique longitudinale (agressions/abus précédents, négligence, accidents, événements de vie douloureux, deuils, etc.).

4. Un aperçu des facteurs de maintien

- Les caractéristiques de son entourage (qualité du soutien familial, conjugal, social, professionnel).
- Les facteurs de stress présents depuis le traumatisme (stress financier, douleurs ou séquelles physiques, poursuites judiciaires, assurances, perte d'emploi, pressions de la part de l'employeur ou de la famille, etc.).
- Les variables cognitives, les comportements d'évitement, les modes de gestion du stress, etc.

5. Les attentes de la victime face à la thérapie

- Préciser avec la victime quels sont ses objectifs de traitement.
- Évaluer ses prédispositions thérapeutiques.

Notez que ce processus d'évaluation peut se poursuivre pendant quelques rencontres selon l'état de la victime et qu'il se raffine, bien entendu, tout au long du processus thérapeutique.

6.2 Comment mener l'entrevue clinique spécifique au TSPT

Vous trouverez ici des exemples de questions qui pourraient vous inspirer dans votre processus évaluatif. Notons que, parallèlement à ces objectifs de collecte d'information, le clinicien doit surtout, lors de ce premier contact, tout mettre en œuvre pour favoriser la mise en place d'une bonne alliance thérapeutique et créer un climat de confiance et de respect avec son patient.

1. Un aperçu du facteur déclencheur

Il s'agit ici d'être à l'écoute de sa victime, de s'intéresser à elle et de lui poser des questions afin de lui permettre de décrire brièvement l'événement traumatique, la date de cet événement, et ses réactions pendant et immédiatement après. Le terme « brièvement » est important, puisqu'on ne tentera pas ici d'obtenir une description très précise de ce qui s'est passé, comme lors de l'exposition au souvenir du trauma (voir le chapitre 12). En effet, reparler de l'événement est souvent anxiogène pour la victime. Il est plus stratégique de progresser de façon graduelle, bienveillante et, surtout, de bien respecter son rythme à ce sujet. Si elle est assez à l'aise pour vous en parler, assurez-vous qu'elle sente qu'elle a le choix et un certain contrôle sur la situation :

- « Est-ce un bon moment pour discuter de cet événement avec vous ? »
- « Vous pouvez prendre une pause quand vous le désirez et nous pourrions revenir sur ce sujet au moment où vous le souhaitez. »
- « Que ressentez-vous lorsque nous parlons de cet événement ? »
- « Pouvez-vous me décrire ce que vous avez vécu ? »
- « Quelles étaient les émotions présentes pendant l'événement ? Y a-t-il eu des moments où vous vous sentiez détaché, déconnecté ou habité d'un sentiment d'étrangeté ? »
- « Que craigniez-vous ? Quelles sont les pensées ou les images qui vous ont traversé l'esprit ? »
- « Quel est l'aspect le plus difficile de l'événement, pour vous ? »
- « Cet événement a-t-il des ressemblances avec des événements passés ? Lesquels ? »
- « Qu'est-ce qui vous a poussé à agir de cette façon pendant l'événement ? »

2. Le niveau de fonctionnement depuis l'événement

À cette étape, il est important d'évaluer les symptômes post-traumatiques, dépressifs, dissociatifs, anxieux et physiques potentiels. Le clinicien tentera aussi de préciser son diagnostic différentiel et de documenter la prise de médication de la victime.

Il peut être tentant de demander à la victime si elle vit chacun des symptômes post-traumatiques du DSM/CIM, et ce, sous forme de questions fermées (« Avez-vous des cauchemars depuis l'événement traumatique? », « Avez-vous fait des efforts pour ne pas penser à l'événement? », « Avez-vous l'impression d'être étrangère et détachée des autres? », « Avez-vous de la difficulté à vous concentrer? », etc.). Or, cette stratégie comporte plusieurs inconvénients, dont le plus important consiste à donner l'impression à la victime qu'elle subit un interrogatoire désagréable. De plus, la validité des informations obtenues est très douteuse, car il est facile pour la victime de dire oui ou non... à tout.

Il est parfois beaucoup plus stratégique d'évaluer les symptômes post-traumatiques à l'aide de questions ouvertes. Cette stratégie donne l'occasion à la victime d'exprimer ce qu'elle vit tout en permettant au clinicien d'obtenir des informations beaucoup plus riches sur le plan clinique. Pour ce faire, il est utile de débiter par des questions plus générales, quitte à préciser l'information à l'aide de questions plus spécifiques par la suite. D'autres s'y ajouteront afin de préciser le diagnostic différentiel (voir la section 6.7).

- « De quelle façon cet événement a-t-il affecté votre qualité de vie? »
- « Qu'est-ce que vous n'avez pas pu faire dans votre vie quotidienne depuis l'événement traumatique? Qu'est-ce que vous trouvez toujours difficile à faire? »
- « Y a-t-il eu des moments où des souvenirs de l'événement vous revenaient en mémoire? Comment cela s'est-il passé? »
- « Y a-t-il des situations qui vous causent beaucoup d'anxiété actuellement? Lesquelles? Comment vous y sentez-vous? Comment y réagissez-vous? Plusieurs personnes ont tendance à éviter les éléments associés à cet événement, cela vous est-il arrivé, et comment? »

- « Comment définiriez-vous votre humeur, ces derniers temps? Votre façon de concevoir la vie? De percevoir le monde, notre société? »
- « Comment vous sentez-vous lors de contacts avec les autres actuellement? De quelle façon cet événement a-t-il affecté vos relations interpersonnelles? »
- « Avez-vous l'impression que cet événement a affecté votre sentiment de sécurité général? De quelle façon? Comment réagissez-vous quand il y a un bruit soudain? »
- « Comment sont votre sommeil et votre appétit actuellement? »
- « Si je demandais à un de vos proches de me décrire vos symptômes dans le quotidien, qu'est-ce qu'il me dirait? Qu'est-ce qui transparait le plus? Qu'est-ce qui est le plus incapacitant? »

3. Une idée des facteurs prétraumatiques

Même lors de la première rencontre, il sera important de recueillir de l'information sur les traits de personnalité potentiels de la victime. On visera à documenter particulièrement ses capacités d'affirmation de soi, ses stratégies de gestion de stress, les caractéristiques de son contact avec ses émotions, ses habiletés à demander et à accepter de l'aide ainsi que sa capacité d'introspection et de changement. Une structure de personnalité plus rigide, très exigeante envers elle-même, peu en contact avec ses émotions – le « chêne » tel qu'il a été défini à la section 4.2 – risque davantage de souffrir de TSPT, plus complexe en traitement et plus méfiante dans le contact thérapeutique. Le clinicien pourra donc avantageusement évaluer ces aspects de sa personnalité. Cette évaluation va d'ailleurs se poursuivre et se raffiner tout au long de la démarche.

Les facteurs de stress présents avant le traumatisme, par exemple le stress financier, le stress physique, les facteurs de vulnérabilité, les conditions de vie stressantes, les symptômes de dépression ou d'anxiété précédents sont également à évaluer. De la même façon, l'histoire longitudinale de la victime, ses épreuves de vie et son « histoire traumatique » en particulier doivent être examinées. Le type de climat familial, la présence d'expériences d'agressions ou d'abus précédentes, les antécédents d'accidents, les événements

de vie douloureux, les deuils qui semblent encore difficiles doivent également être documentés.

- « Si je demandais à un de vos proches de vous décrire, qu'est-ce qu'il me dirait de vous? Quel genre de conjoint/père/collègue/ami êtes-vous? »
- « Comment réagissiez-vous au stress auparavant? Quel était votre rapport face à la tristesse/colère/fatigue avant l'événement? »
- « Comment interagissiez-vous avec les autres quand vous étiez en détresse? »
- « Y a-t-il eu des événements qui vous ont stressé particulièrement avant celui-ci? Lesquels? Comment cela s'est-il passé? Comment aviez-vous réagi? »
- « Comment vous sentiez-vous avant l'événement au sein de votre couple/famille/équipe de travail/réseau social? »
- « Comment décririez-vous le climat familial à la maison quand vous étiez enfant? Quelles étaient les valeurs que vos parents tenaient particulièrement à vous transmettre? »
- « Avez-vous déjà vécu des événements qui étaient dangereux pour vous dans le passé? Où vous vous sentiez impuissant? Où vous avez eu l'impression que l'on abusait de vous? Comment cela s'est-il passé? »

4. Un aperçu des facteurs de maintien

À cette étape, le clinicien tentera d'évaluer les capacités de l'entourage (familial, conjugal, social, professionnel) de la victime à lui donner du soutien.

Les facteurs de stress présents depuis le traumatisme, tels que le stress financier, les douleurs ou séquelles physiques, un procès, des pressions de la part de l'employeur ou de la famille, doivent aussi être examinés, car ils vont compliquer le traitement et potentiellement maintenir les symptômes post-traumatiques.

- « Avez-vous l'impression que votre couple/famille/équipe de travail a été affecté par ce que vous avez vécu? De quelle façon l'événement a-t-il changé leur qualité de vie? »
- « Comment votre couple/famille/équipe de travail réagissent-ils dans leurs contacts avec vous quand vous avez de la peine/colère/peur? »

- «Y a-t-il des événements qui ont ajouté à votre stress depuis l'événement traumatique? Lesquels? Selon vous, comment cela affecte-t-il votre récupération post-traumatique?»

5. Les attentes de la victime face à la thérapie

Enfin, précisez avec la victime quels sont ses objectifs de traitement.

- «Comment trouvez-vous votre mode de vie actuellement? Comment aimeriez-vous qu'il soit?»
- «Quels sont les objectifs que vous voudriez atteindre au cours de cette démarche? Comment pouvons-nous vous aider à les atteindre?»
- «Comment [nommer ici une personne proche] saura que vous commencez à vous sentir mieux? Quels sont les signes qui l'aideront à noter ce changement?»

À cette étape, tentez aussi d'avoir une évaluation des prédispositions thérapeutiques de la victime. Est-elle plus à l'aise lorsque vous utilisez des stratégies concrètes et plus directives? Préfère-t-elle des concepts abstraits? Comment réagit-elle aux questions plus introspectives? La sentez-vous apeurée mais motivée? Ou plutôt apathique ou sceptique? Ces éléments influenceront le contact thérapeutique et pourront affecter votre choix de stratégie thérapeutique.

Le clinicien peut conclure le processus évaluatif en donnant de l'information sur les modalités thérapeutiques à la victime: type de traitement qui lui sera offert, fréquence des rendez-vous, amélioration potentielle envisageable, type de relation thérapeutique, modalités techniques quant aux retards ou aux absences, etc.

6.3 Les mesures de la détresse post-traumatique

L'entrevue clinique permet d'accumuler plusieurs informations essentielles, mais les questionnaires sont un parfait complément à ce recueil de données cliniques.

Vous trouverez ici une présentation de plusieurs instruments d'évaluation sélectionnés pour leur intérêt clinique, leur utilisa-

tion reconnue et leurs qualités méthodologiques. Ces questionnaires permettent de quantifier plusieurs dimensions de l'expérience post-traumatique. Ils peuvent aussi être très utiles pour mesurer le changement entre le début et la fin de la démarche thérapeutique. De plus, ils facilitent l'étape de psychopédagogie avec nos patients et aident ceux-ci à prendre la pleine mesure, pour la première fois, de leur détresse et des particularités de celle-ci. Enfin, ils sont très utiles pour préparer un plan de traitement personnalisé et spécifique.

PCL-5 (Weathers *et al.*, 2013)

Questionnaire développé (comme pour le CAPS) par le National Center for PTSD américain, cet instrument est extrêmement utilisé et reconnu depuis la sortie du DSM-5. Le PCL-5 comporte 20 énoncés sur une échelle Likert de 5 points (0 à 4) et comprend un score total possible de 80. Le point de *seizure* est fixé à 33 pour la version originale et à 32 pour la version québécoise (voir l'article d'Ashbaugh) indiquant la présence de TSPT probable au-dessus de ce résultat. Une autre façon de l'utiliser consiste à l'interpréter selon les critères diagnostiques. Ainsi, si au moins 1 symptôme du critère B (énoncés 1 à 5), 1 symptôme du critère C (énoncés 6 à 7), 2 symptômes du critère D (énoncés 8 à 14) et 2 symptômes du critère E (énoncés 15 à 20) sont cotés 2 ou plus en termes de sévérité, il est possible de conclure à un diagnostic potentiel de TSPT. Cet instrument est également bien utile pour mesurer les changements à divers moments de mesure (t1 et t2) selon le temps passé, la démarche effectuée ou les divers facteurs de stress vécus depuis la première prise de mesure, une différence de 10 points et plus indiquant un changement significatif (Marx *et al.*, 2021).

Le PCL-5 est facilement accessible en ligne, et gratuitement, sur le site du U.S. Department of Veterans Affairs. Sa version française est offerte sur le site de l'INSPQ (Institut national de santé publique du Québec), mais aussi sur plusieurs sites de cliniques ou d'organismes (utilisez votre moteur de recherche). Il existe trois formats de cet instrument, soit le PCL-5 sans le critère A, le PCL-5 avec le critère A et le PCL-5 avec le LEC-5 et le critère A complet.

L'échelle d'impact de l'événement (IES et IES-R)

Impact of Event Scale (IES et IES-R; Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979; Weiss et Marmar, 1997)

L'IES a été l'un des premiers questionnaires à mesurer le TSPT, développé par le laboratoire des D^{rs} Weiss et Marmar, en Californie, et traduit par Alain Brunet, Ph. D., psychologue-chercheur au centre de recherche de l'Institut Douglas. Il a été (et continue de l'être) le questionnaire sur le TSPT le plus utilisé dans la littérature. Il a donc été administré à plusieurs types de victimes, et des données moyennes sont donc disponibles pour différents types de populations.

Il a été révisé pour le DSM-IV par Weiss et Marmar. La version traduite est reproduite ici avec la permission des D^{rs} Weiss et Brunet, respectivement auteur de l'instrument et traducteur officiel (Brunet, St-Hilaire, Jehel et King, 2003). L'IES-R existe aussi à l'intention des enfants à partir de 8 ans : *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES) et a été développé par la Children and War Foundation (Perrin *et al.*, 2005). Il se trouve facilement sur le site du Child Outcomes Research Consortium.

L'IES-R comprend 22 énoncés divisés en trois sous-échelles : symptômes de reviviscences (8 énoncés), symptômes d'évitement (8 énoncés) et symptômes d'hyperactivation (6 énoncés). La victime évalue la fréquence de chaque symptôme sur une échelle Likert à 5 degrés, de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Pour obtenir la cotation, on additionne les réponses des 8 énoncés de reviviscences (énoncés 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20), d'évitement (énoncés 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) et d'hyperactivation (énoncés 4, 10, 15, 18, 19, 21). Le score total s'étend de 0 à 88. Une grille d'interprétation est habituellement utilisée : 0-39 = symptômes légers ; 40-55 = symptômes modérés ; 56 et plus = symptômes sévères.

L'IES-R a été validé en français et montre des coefficients de consistance interne globale de 0,92, les coefficients pour les sous-échelles sont de 0,85 (reviviscences), de 0,85 (évitement) et de 0,81 (hyperactivation). Pour les scores test-retest, les corrélations sont de 0,76 (score total pour tout l'IES-R), de 0,73 (reviviscences), de 0,77 (évitement) et de 0,71 (hyperactivation) entre la première mesure au t1 et une mesure t2 trois mois plus tard (Brunet *et al.*, 2003).

Échelle révisée d'impact de l'événement (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé par chacune de ces difficultés au cours des sept derniers jours en ce qui concerne _____. Dans quelle mesure avez-vous été affecté ou bouleversé par ces difficultés?

Au cours des sept derniers jours	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit.	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
12. J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	0	1	2	3	4

20. J'ai rêvé à l'événement.	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

Traduction française et adaptation: Alain Brunet *et al.*, 2003. – L'IES-R a été intégré à cet ouvrage avec les aimables autorisations du Dr Daniel Weiss, Ph. D., auteur de l'instrument et directeur du Veterans Medical Center, San Francisco, Californie, et du Dr Alain Brunet, Ph. D., traducteur officiel de la version française, centre de recherche de l'Institut Douglas.

Nous ne pourrions terminer cette section sans mentionner le CAPS (le *Clinician-Administered PTSD Scale*; Blake *et al.*, 1990; 1995; 1998; Weathers *et al.*, 2013). Le CAPS, extrêmement reconnu, constitue une entrevue structurée spécialisée dans l'évaluation du TSPT. Cet instrument d'évaluation mesure non seulement les symptômes spécifiques du TSPT, mais également les réactions comorbides et collatérales. Ses excellentes qualités psychométriques font en sorte qu'il est souvent utilisé dans des milieux très spécialisés, comme les hôpitaux qui traitent des vétérans de guerre ou les centres de recherche. Son principal inconvénient concerne son temps de passation, qui oscille entre 45 et 90 minutes. Une version par ordinateur existe également en français et permet aisément l'administration et la cotation des réponses.

6.4 Quelques autres mesures possibles

L'exposition à un ou à des événements traumatiques passés peut être bien évaluée par le *Life Events Checklist* (LEC-5; Gray *et al.*, 2004). Ce questionnaire évalue l'exposition potentielle à 16 types d'événements traumatiques au cours de la vie, et ce, à partir des quatre possibilités définies selon le critère A du DSM-5: l'exposition directe, être témoin direct, l'apprentissage de la nouvelle ou l'exposition professionnelle. La version originale du LEC détient de bons scores de validité et de fiabilité ($\alpha = 0,94$; test-retest une semaine $r = 0,88$). La partie B pose des questions supplémentaires: 1. Décrivez brièvement le pire événement. 2. Depuis combien de temps l'événement s'est-il produit? 3. Comment l'avez-vous vécu? 4. La vie de quelqu'un était-elle en danger? 5. Quelqu'un a-t-il été gravement blessé ou tué? 6. L'événement impliquait-il une agression sexuelle? 7. Si l'événement a entraîné la mort d'un proche, était-ce dû à un accident ou à un acte de violence, ou à

une cause naturelle? 8. Combien de fois, au total, avez-vous vécu un événement similaire? La traduction française a été effectuée par le Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Le vécu traumatique peut aussi être évalué avec le *Trauma History Questionnaire* (THQ; Hooper *et al.*, 2011; Saint-Lèbes *et al.*, 2008). Composé de 24 éléments et de 4 dimensions (événements liés à une agression, catastrophes, expériences physiques/sexuelles ou autres), chaque énoncé invite le participant à indiquer le nombre de fois que l'événement a été vécu et l'âge qu'il avait alors.

L'exposition à des blessures morales peut être évaluée par le *Moral Injury Appraisals Scale* (MIAS; Nash *et al.*, 2013) qui comprend 11 énoncés mesurant l'exposition à des événements préjudiciables sur le plan moral (cotation: Hoffman *et al.*, 2018). Cet instrument comprend trois sous-échelles: les événements liés à ses propres actions (cinq énoncés; $\alpha = 0,88$; p. ex. «Je suis perturbé parce que j'ai agi contrairement à d'importantes règles morales»); les événements liés aux actions des autres (quatre énoncés; $\alpha = 0,87$; p. ex. «Je suis perturbé par les actes immoraux commis par d'autres personnes»); la sous-échelle relative à un sentiment de trahison morale (deux énoncés) (p. ex. «J'ai trahi des personnes qui m'avaient fait confiance»). Chacun des 11 énoncés est évalué sur une échelle de Likert en quatre points (1 = pas du tout; 4 = beaucoup).

Le *Moral Injury Experiences Scales for Youth* (MISY; Chaplo *et al.*, 2019) est une mesure récente et prometteuse (car encore plus précise et détaillée) et adaptable à des populations de tous âges. Le score total indique le degré d'exposition à des événements potentiellement perturbants moralement sur une échelle Likert en cinq points (1 à 5); il comprend cinq sous-échelles (actes commis volontairement; actes commis sous contrainte; actes par omission; événements vécus comme témoin; actes associés à la trahison). Ces deux questionnaires ont été traduits et validés selon la méthode de Vallerand (1989) par Brillon, P., Dewar, M. et Paradis, A. (2021) au laboratoire de recherche Trauma et Résilience de l'Université du Québec à Montréal.

Les émotions présentes lors de l'événement traumatique peuvent être mesurées spécifiquement grâce au *Peritraumatic Distress Inventory* (PDI-Brunet *et al.*, 2001), qui a été validé en français (Jehel *et al.*, 2005) et qui mesure les réponses immédiates à un événement traumatique (p. ex. la peur, la panique, la colère, la honte, la culpabilité, l'impuissance ou l'horreur pendant et immédiatement après l'événement). Il inclut 13 énoncés sur une échelle Likert en cinq points (0-4, score maximum de 52). Des études confirment sa structure factorielle et sa validité prédictive pour un TSPT subséquent (Bunnel *et al.*, 2018; Nischi *et al.*, 2010).

Pour sa part, le *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ; Marmar, Weiss et Metzler, 1997; 1998; Marmar, Metzler et Otte, 2004) permet de documenter les réponses dissociatives immédiates pendant l'événement traumatique. Ce questionnaire comprend 10 énoncés décrivant les réponses dissociatives au moment du trauma (p. ex. moments de perte de contact avec le temps, fait de se sentir sur le «pilote automatique», événement qui semble irréel, sentiment de flotter au-dessus de la scène, confusion, sensation de distorsion corporelle). Ce questionnaire a aussi été traduit et validé en français (Birmes *et al.*, 2005).

D'autres inventaires utilisés auprès de populations précises mesurent des symptômes post-traumatiques très spécifiques à ces populations et sont maintenant des classiques. Ainsi, le *Rape Aftermath Symptom Test* (Kilpatrick, 1988) permet de préciser les symptômes d'évitement chez les femmes victimes de viol. D'autres instruments évaluant spécifiquement la symptomatologie de vétérans de guerre sont aussi reconnus et utilisés dans la littérature empirique, par exemple le *Mississippi Scale for Combat-related PTSD* (Keane, Caddell et Taylor, 1988). Notons enfin la plus connue des échelles du SCL-90-R, le *Crime-Related PTSD Scale* (Saunders, Arata et Kilpatrick, 1990). Nous renvoyons le lecteur désireux de mieux connaître ces instruments d'évaluation, leurs particularités et leurs propriétés psychométriques aux excellents chapitres des livres de Keane, Weathers et Foa (2000) et de Solomon, Keane, Newman et Kaloupek (1996). Malheureusement, peu ont été traduits en français.

La présence et l'intensité des symptômes comorbides tels que les symptômes dépressifs ou anxieux sont essentielles à évaluer. Suggérons ainsi le très classique *Beck Depression Inventory*, traduit en français (Beck, 1978; Beck *et al.*, 1961; BDI-II: Beck, 1997), ou le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Kroenke *et al.* 2001), qui évalue de façon très courte ces symptômes et est très utilisé en recherche. Les participants évaluent la présence de neuf éléments (par exemple, se sentir abattu, déprimé ou désespéré) sur une échelle Likert en quatre points (0 = jamais, 3 = presque tous les jours). Le score total maximal est de 27 ($\alpha = 0,88$) et un score de 10 ou plus constitue un seuil potentiel de dépression clinique.

Les symptômes anxieux peuvent avantageusement être mesurés grâce à l'*Inventaire d'anxiété de Beck* (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988, traduit et validé en français par Freeston *et al.*, 1994), ou encore le *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7; Spitzer *et al.*, 2006; $\alpha = 0,92$) encore plus concis qui comprend sept énoncés avec une échelle de Likert en quatre points, de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours). Le score maximal est de 21 et avec un seuil clinique de 10. La version française a été validée par Micoulaud-Franchi *et al.* (2016; $\alpha = 0,90$). Le GAD-7 a fait preuve d'une bonne fiabilité et validité, comme en témoignent les fortes associations avec d'autres mesures établies de l'anxiété ainsi que les diagnostics de TAG et ses associations avec la dépression, l'estime de soi, la satisfaction de la vie et la résilience (Kroenke *et al.*, 2007; Löwe *et al.*, 2008; Spitzer *et al.*, 2006).

Les cognitions post-traumatiques peuvent être mesurées avantageusement par le très classique *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI – 36 énoncés; Foa *et al.*, 1999). Cet instrument permet de mesurer les cognitions négatives envers soi-même et une perte de confiance en soi (p. ex. «J'ai l'impression de ne plus me connaître»; $\alpha = 0,97$); les cognitions négatives sur le monde se concentrent sur le fait que le monde est fondamentalement dangereux et que les autres sont indignes de confiance (p. ex. «On ne peut pas faire confiance aux gens»; $\alpha = 0,88$); enfin, les cognitions négatives sur la culpabilité personnelle suggèrent que l'on est responsable de ce qui s'est passé (p. ex. «Quelqu'un d'autre ne se serait pas retrouvé dans cette situation»; $\alpha = 0,86$). Les participants sont invités à

répondre aux 36 énoncés sur une échelle de sept points de type Likert (1 à 7). La version française adaptée de D’Astous (2018) démontre également de bonnes propriétés psychométriques pour les trois dimensions de cognitions. Une version plus courte de neuf énoncés a été développée dernièrement : *Posttraumatic Cognitions Inventory – 9* (PTCI-9; Wells *et al.*, 2019; version française Lebel *et al.*, 2022) et comporte les mêmes trois sous-échelles.

Le *World Assumption Scale* (WAS; Janoff-Bulman, 1989) constitue un grand classique de 32 énoncés mesurant les croyances fondamentales, répartis en huit sous-échelles sur une échelle Likert en six points (voir le chapitre 9). Ces sous-échelles sont classées en trois domaines principaux : a) croyances envers le sens de la vie (p. ex. « Les gens auront de la chance s’ils sont de bonnes personnes »; 12 énoncés); b) croyances face à sa valeur personnelle (p. ex. « Je suis très satisfait du genre de personne que je suis »; 12 énoncés); et c) croyances face au monde (p. ex. « Il y a plus de bien que de mal dans le monde »; 8 énoncés). Ce questionnaire montre une excellente consistance interne ($\alpha = 0,73$ à $0,84$ pour l’ensemble des énoncés et pour les sous-échelles; Van Bruggen *et al.*, 2018). Une traduction française par protocole rigoureux de traduction inversée de Vallerand (1989) a été effectuée au laboratoire de recherche Trauma et Résilience de l’Université du Québec à Montréal (UQAM) par Lebel *et al.* (2020).

Enfin, le clinicien avisé voudra peut-être mesurer les facteurs de protection tels que le *sentiment d’autoefficacité à la suite du trauma*, les *capacités de résilience* et la *croissance post-traumatique*. Pour ce faire, il sera possiblement intéressé par le *Trauma Coping Self-Efficacy Scale* (CSE-T; Benight *et al.*, 2015), un instrument de neuf énoncés dans lequel les participants doivent indiquer à quel point ils se sentent capables de gérer leurs pensées et leurs émotions en lien avec leur trauma, sur une échelle de 1 (pas capable du tout) à 7 (extrêmement capable). Plus le score total est élevé, plus le niveau d’autoefficacité l’est. La cohérence interne est excellente (autour de $\alpha = 0,90$), la fiabilité test-retest est très bonne. Il a été utilisé auprès de plusieurs types de victimes et, dans tous les cas, un niveau d’autoefficacité face à l’épreuve plus élevé est associé à un meilleur fonctionnement psychologique (Delahajj et Van Dam, 2017; Lambert *et al.*, 2012;

Benight *et al.*, 2004). Ce questionnaire a été traduit en français par la méthode de traduction inversée de Vallerand (1989), au laboratoire de recherche Trauma et Résilience de l'UQAM.

Les *capacités de résilience* pourront être mesurées grâce au *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Connor *et al.*, 2003). Une version courte à 10 énoncés a été développée et une validation française existe (Hébert *et al.*, 2018). Les participants sont invités à indiquer leur degré d'accord avec chacun des 10 énoncés (p. ex. «Je peux faire face à tout ce qui se présente à moi», «Je ne suis pas facilement découragé par l'échec», «Je suis capable de gérer des sentiments désagréables ou douloureux comme la tristesse, la peur et la colère») sur une échelle Likert en cinq points. Les études montrent d'excellentes données de cohérence interne (voir aussi Brillon *et al.*, 2021).

Enfin, les éléments positifs découlant de l'expérience traumatique tels que la croissance post-traumatique sont en pleine émergence (voir les références du chapitre 14 à ce sujet) et pourront être mesurés grâce à la version courte du *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI-Short Form; Cann *et al.*, 2010) qui évalue les changements positifs observés à la suite d'une épreuve ou d'un événement traumatique, sur cinq sous-échelles (Relations avec les autres; Nouvelles possibilités; Force personnelle; Changement spirituel et Appréciation de la vie). Les participants évaluent la présence de 10 changements (p. ex. «J'ai établi un nouveau chemin pour ma vie») sur une échelle de Likert en six points (0 à 5) pour un score maximal de 50 ($\alpha = 0,87$; Steffens *et al.*, 2016). Une version en français est disponible (Caddell *et al.*, 2015).

6.5 Les autres compléments à l'évaluation

Le clinicien avisé saura parfaire son évaluation clinique à l'aide d'autres types d'instruments d'évaluation que l'entrevue clinique et les questionnaires.

Nommons, par exemple, les *mesures neuropsychologiques*, particulièrement pertinentes dans le cas d'un choc crânien. Ces mesures administrées par des neuropsychologues permettent de mieux préciser si les difficultés de concentration, de mémoire, de sommeil ou de reviviscences découlent du TSPT ou sont causées par un

trauma crâniocérébral. Elles constituent un complément essentiel lors de l'évaluation de victimes ayant vécu un accident grave de véhicule, fait une chute importante ou reçu un coup sur la tête.

La *grille d'auto-observation quotidienne* est une méthode très intéressante qui consiste à demander à la victime de noter dans une grille sous forme de calendrier ses symptômes post-traumatiques (situations qui entraînent des comportements d'évitement, nombre de *flash-back* et durée, niveau d'humeur ou d'irritabilité, etc.). Cette prise de notes permet de préciser de façon extrêmement détaillée sa symptomatologie dans le quotidien. De plus, elle favorise souvent une conscientisation plus précise de sa détresse («Je me rends compte que je ne fais pas autant de cauchemars que je pensais», «J'évite plus de situations que je me l'avoue depuis l'événement», «Je me sens particulièrement irritable dans telle situation», etc.). Ce type de mesure permet également de cibler les symptômes qui seront priorités et de bien choisir la stratégie thérapeutique adéquate.

Grille d'auto-observation quotidienne

Date/ heure	Situation	Description du symptôme et intensité /10	Émotions présentes	Comportements adoptés

Une méthode d'évaluation complètement novatrice consiste en la méthodologie de *phénotypage par analyse psycholinguistique*, qui a été développée dans le cadre du protocole EP3LAN (Évaluation Psychométrique et Psycholinguistique des Psychotraumatismes Liés aux Aléas Naturels) par l'équipe du professeur Jehel (voir ses travaux fascinants en référence). Elle permet d'identifier plusieurs marqueurs

psycholinguistiques afin de prédire l'état mental des personnes souffrant de TSPT et de cibler le traitement optimal pour chacun. L'examen d'un fragment du discours (verbatim, témoignage, récit) comprend une analyse qualitative (sémantique) et une analyse quantitative (statistique) de sa structure générale et de ses composantes psycholinguistiques. Cette analyse, qui a recours à l'intelligence artificielle, vise la caractérisation du phénotype psychologique en examinant l'ensemble des caractères apparents dans son langage afin d'explicitier et de représenter visuellement les manifestations de la mémoire traumatique et de mieux personnaliser le traitement en fonction de ce phénotype spécifique (voir aussi les travaux de Mohr; d'Onnela; et de Schultebrucks).

L'évaluation de l'entourage offre enfin un complément précieux à l'évaluation et permet de mieux saisir ce qui est perçu par le conjoint, les parents, les amis ou les enfants de notre patient. Le clinicien pourra rencontrer ceux-ci en entrevue ou leur demander de remplir les questionnaires présentés auparavant, avec cette consigne: « Comment évaluez-vous la détresse de votre être cher selon les symptômes suivants? » Ainsi, on pourra demander au conjoint de remplir le PCL-5 ou l'IES-R et d'indiquer quels sont, selon lui, les symptômes manifestés par la victime. Ce type d'évaluation met en évidence les symptômes qui semblent les plus évidents, difficiles et incapacitants pour ses proches. De plus, remplir ces questionnaires peut permettre aux proches de prendre conscience que plusieurs réactions « bizarres » chez la victime ne sont en fait que des symptômes post-traumatiques usuels. Cette prise de conscience est souvent très utile et favorise une plus grande acceptation des symptômes de la victime au quotidien.

6.6 La grille-résumé d'évaluation

Vous trouverez ci-dessous une grille résumant les principaux éléments nécessaires à une bonne évaluation des symptômes post-traumatiques. Vous pouvez la photocopier et l'annexer au début de votre dossier clinique. Vous y trouverez les principaux éléments d'évaluation à explorer de façon très succincte. Vous pouvez ainsi remplir les espaces nécessaires et vérifier si vous avez oublié des éléments importants.

Résumé d'évaluation de la détresse post-traumatique

Date: _____ Nom du patient: _____ Nombre de séances: _____

1. Événement traumatique:

Date: _____ Description: _____

Perception de menace à sa vie: _____

Réaction émotionnelle pendant l'événement: _____

Comportements effectués pendant l'événement: _____

2. Symptomatologie actuelle:

TSPT: *au début du traitement* *à la fin du traitement*

Score PCL-5: _____

Comorbidité:

Score BDI: _____

Abus drogue ou alcool: _____

Médication prescrite: _____

3. Facteurs prétraumatiques:

Stress précédents: _____

Traumas antérieurs: _____

Traits de personnalité: _____

État de santé psychologique et physique précédent: _____

4. Facteurs de maintien:

Qualité du soutien social: _____

Poursuites judiciaires en cours: _____

Séquelles physiques: _____

Cognitions associées à de la détresse: _____

Gains secondaires potentiels: _____

5. Prédipositions thérapeutiques:

Attentes: _____

Motivation: _____

Capacités d'introspection: _____

Impression clinique globale

Impression diagnostique: _____

Objectifs	Stratégies de traitement

6.7 Est-ce qu'il s'agit bien de symptômes post-traumatiques ?

Vous avez terminé votre entrevue clinique et avez demandé à la victime de remplir certains questionnaires propres au TSPT. Mais vous avez des doutes : s'agit-il de symptômes post-traumatiques ? Comment peaufiner le diagnostic différentiel ? Parce que chaque victime a une façon bien personnelle de réagir à un événement traumatique, il arrive qu'il soit difficile de déterminer avec certitude s'il s'agit bien de symptômes de TSPT... ou d'autres symptômes anxieux ou dépressifs.

Une première façon de préciser les symptômes consiste à bien évaluer le *type d'événement à leur origine*. Certains événements, bien que perturbants ou même bouleversants, correspondent peu à ceux qui sont habituellement associés au TSPT. Par exemple, une perte d'emploi, des difficultés financières, des tensions conjugales, des difficultés dans les relations de travail sont difficiles, pénibles, mais ils sont rarement considérés comme des événements traumatiques. Le clinicien pourra alors diagnostiquer un trouble d'adaptation (TA) dans ces cas précis. De la même façon, le diagnostic de TA est approprié lorsque les symptômes post-traumatiques ne sont pas assez intenses ou nombreux à la suite d'un événement traumatique.

Certains symptômes post-traumatiques comportent des similarités importantes avec le *trouble de dépression majeure (DM)*. En effet, les victimes souffrant de TSPT présentent souvent de la tristesse, une perte d'intérêt grave et des réponses d'altération de l'éveil similaires à celles présentes chez les personnes souffrant de dépression majeure (difficultés de concentration ou perturbations de sommeil). De plus, certaines victimes restreignent considérablement leurs sorties à l'extérieur, tout comme les personnes souffrant de DM. Un autre élément vient compliquer le diagnostic différentiel : comme nous l'avons vu au début de cet ouvrage, les données montrent que près de la moitié des victimes souffrent *aussi* de DM comorbide au TSPT. Une dépression majeure est donc souvent comorbide au TSPT et le clinicien doit donc vérifier si son patient souffre 1) de TSPT seul ; 2) de dépression majeure seule, avec ou sans autre trouble anxieux ; ou alors 3) de

TSPT avec dépression majeure. Pour nous aider dans ce diagnostic différentiel, il est important de noter que certains symptômes dépressifs ne peuvent constituer des symptômes d'altération de l'humeur propres au TSPT. Ainsi, si notre patient présente une tristesse grave avec pleurs fréquents, un sentiment d'indignité généralisé, un ralentissement moteur significatif, une perte de poids importante ou des idées suicidaires, ces symptômes constituent des indices marqués de dépression majeure et ne peuvent être confondus avec des symptômes post-traumatiques.

Certains symptômes post-traumatiques ressemblent parfois à des *symptômes d'autres troubles anxieux* et rendent la distinction difficile. Par exemple, des victimes souffrent d'attaques de panique à la suite d'un événement traumatisant. En fait, l'anxiété générale est alors tellement élevée que peu de choses suffisent à provoquer une montée soudaine d'anxiété. Ces moments intenses d'anxiété (B4 et B5) partagent des similarités avec les attaques de panique du trouble panique : palpitations, sueurs froides, étourdissements, tremblements. De plus, les victimes souffrant de TSPT évitent souvent un grand nombre de situations à cause de leur peur de revivre un événement traumatique, ce qui peut ressembler aux comportements des individus qui souffrent d'agoraphobie. Pourtant, dans le cas d'un trouble panique avec agoraphobie (TPA), les attaques de panique ne sont pas associées à un traumatisme antérieur. Elles sont surtout provoquées par la peur de ses sensations physiques et la crainte qu'elles induisent une catastrophe future (peur de mourir, de perdre le contrôle, de faire une crise cardiaque ou de devenir fou). Même si elles peuvent vivre des montées intenses d'anxiété qui ressemblent parfois aux attaques de panique du TPA, les personnes souffrant de TSPT craignent rarement leurs sensations physiques. Elles vont plutôt avoir des symptômes envahissants de l'événement traumatique et craindre qu'il ne se reproduise.

L'agoraphobie, quant à elle, est relative à l'évitement de situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper en cas d'attaque de panique, à la peur d'avoir peur : « Je ne vais plus au parc, car si j'ai une attaque de panique, personne ne pourra m'aider », « J'évite les foules, car si je me sens mal, je ne pourrai pas m'échapper rapi-

dement» ou «Je ne prends plus le métro, car j'ai peur d'étouffer dans le wagon». En comparaison, les victimes souffrant de TSPT éviteront certaines situations associées au traumatisme, car elles craignent que celui-ci ne se répète («Je ne vais plus au parc, car j'ai peur de me faire agresser», «J'évite les foules, car les gens sont violents et imprévisibles» ou «Je ne prends plus le métro, car j'ai peur d'y revoir mon agresseur»). Les victimes souffrant de TSPT éviteront donc ces situations non pas parce qu'elles considèrent leurs sensations comme dangereuses, mais parce qu'elles ont peur de revivre un autre événement traumatique.

À la suite de l'événement, plusieurs victimes vont réagir fortement physiologiquement (palpitations, sueurs froides, tension musculaire, etc.) ou psychologiquement (détresse, inquiétude, etc.) à des éléments qui sont associés à l'événement traumatique. Elles éviteront aussi d'être en contact avec ces éléments ou ces situations par la suite. Ces symptômes peuvent ressembler aux manifestations de la phobie spécifique (PSP), c'est-à-dire une peur intense et excessive d'un objet ou d'une situation spécifique, par exemple prendre l'avion, se trouver en hauteur, voir une araignée, recevoir une injection, voir du sang, etc. Être en contact avec ces éléments peut alors provoquer une montée intense d'anxiété. Trois principales différences permettent de distinguer la phobie spécifique des symptômes post-traumatiques : d'abord, l'évitement et la peur typiques au TSPT sont souvent généralisés à plusieurs situations et non pas seulement à une seule, comme dans la PSP. Ensuite, la phobie spécifique comprend moins de symptômes envahissants ou d'hyperactivation. Enfin, même si les manifestations phobiques se ressemblent, on ne peut diagnostiquer de PSP si les symptômes découlent de l'expérience d'un événement traumatique.

Les symptômes du TSPT peuvent aussi ressembler à ceux de la phobie sociale. En effet, les victimes de traumatisme (particulièrement les victimes de traumatisme interpersonnel) évitent plusieurs situations sociales et vont craindre le contact avec les autres. Cependant, alors que les victimes souffrant de TSPT éviteront les autres par crainte de revivre une autre agression ou d'assister à des scènes de violence, celles souffrant de phobie sociale

éviteront ces situations par crainte d'avoir l'air ridicules, de s'humilier et par peur du jugement social.

Les symptômes d'hyperactivation du TSPT (irritabilité, difficultés de concentration, tension musculaire, difficultés de sommeil) peuvent aussi s'apparenter à ceux du trouble d'anxiété généralisée (TAG), lequel se caractérise par des inquiétudes constantes et excessives accompagnées de manifestations physiques d'anxiété (fièvre, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, etc.). Or, les inquiétudes persistantes du TAG sont surtout reliées à des préoccupations de la vie quotidienne (maladie d'un proche, situation financière, perte d'emploi, conflit avec un proche, etc.) et doivent durer pendant une longue période (au moins six mois), alors que les inquiétudes chez le TSPT visent spécifiquement la peur qu'un autre traumatisme se reproduise. De plus, les gens souffrant de TAG ne vivent pas de symptômes envahissants liés à un événement passé et présentent peu de symptômes d'évitement même s'ils sont parfois paralysés devant les problèmes de la vie quotidienne.

Enfin, certaines similarités existent entre les symptômes de TSPT et ceux du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). En effet, les symptômes envahissants des victimes (souvenirs récurrents ou *flash-back*) peuvent ressembler aux obsessions intrusives du TOC. Néanmoins, les pensées obsessionnelles du TOC sont souvent perçues comme inappropriées et égodystones par la personne, alors que les reviviscences propres au TSPT n'ont pas cette teinte inappropriée ou amoral et sont égodynamiques. Enfin, les obsessions du TOC concernent surtout une catastrophe future, alors que les reviviscences du TSPT font suite à un trauma passé.

Le tableau suivant résume les principales différences et similitudes entre le TSPT et d'autres troubles, ainsi que des éléments vous permettant de clarifier votre diagnostic différentiel. Par la suite, vous trouverez un schéma illustrant le processus décisionnel face aux symptômes post-traumatiques et le moyen de déterminer s'il s'agit d'autres symptômes que ceux liés au TSPT.

Diagnosics différentiels: le TSPT versus les autres troubles comorbides

Vous trouverez ici divers critères qui permettent de distinguer le TSPT des autres troubles anxieux et de la dépression majeure. Ce qui apparaît en italique constitue des ressemblances entre ces troubles et le TSPT. Ce qui est en caractère normal permet de les distinguer.

	PSpécifique	TPA	TOC	TAG	TA	DM
Similitudes entre ce trouble et le TSPT	<i>Les victimes pré-sentent souvent des peurs et font de l'évitement de plusieurs stimuli.</i>	<i>Les victimes peuvent présenter des AP et évitent plusieurs situations.</i>	<i>Les Sx envahissants des victimes peuvent ressembler aux obsessions du TOC.</i>	<i>Les Sx d'hyperactivation du TSPT ressemblent aux Sx du TAG.</i>	<i>Les Sx de TA ressemblent aux Sx de TSPT.</i>	<i>Les victimes présentent souvent de la tristesse, une perte d'intérêt grave et des réponses physiologiques similaires à la DM.</i>
Critères afin de les distinguer	La peur irraisonnée et excessive de la PSpéc. cible habituellement une situation ou un objet très spécifique et ne doit pas être reliée à l'expérience d'un ET.	Les AP sont surtout liées à la peur de ses sensations physiques et ne sont pas associées à l'expérience ou au souvenir d'un ET.	Les pensées intrusives du TOC sont surtout reliées à une situation future et ne sont pas liées à un ET passé.	Dans le TAG, il n'y a pas de présence de trauma originel, ni de Sx envahissants (plutôt inquiétudes) ou d'évitement.	Le TA désigne une réaction anxieuse ou dépressive à une ou à plusieurs situations de stress non extrêmes.	La DM comprend moins de Sx d'évitement (plutôt isolement) ou de Sx envahissants d'événement passé (souvent ruminations négatives face au futur).
	L'agoraphobie est relative à la peur de faire une AP dans un lieu public dont il serait difficile de s'échapper et non à la peur d'éléments ou de situations reliés à l'ET.	Les pensées intrusives du TOC sont vécues comme inappropriées et égodystones.	Les inquiétudes du TAG doivent être reliées à des préoccupations de la vie quotidienne. Les inquiétudes du TAG doivent durer au moins six mois.	On peut diagnostiquer un TA en présence de Sx post-traumatiques incomplets ou lorsque l'épreuve ne constitue pas un ET.	La DM inclut des Sx sévères sur le plan de l'humeur: perte de poids, blâme excessif, idées morbides ou suicidaires, sentiments d'indignité, tristesse grave ou perte d'intérêt généralisée.	

Signification des abréviations: Sx: symptômes; ET: événement traumatique; AP: attaque de panique; PSpéc.: phobie spécifique; TPA: trouble panique avec agoraphobie; TOC: trouble obsessionnel-compulsif; TAG: trouble d'anxiété généralisée; TA: trouble d'adaptation; DM: dépression majeure.

Processus décisionnel sous-jacent au diagnostic de TSPT

TSPT		Diagnostics différentiels potentiels
A. L'événement traumatique doit inclure A1) Menace à sa vie, à son intégrité physique ou à celle d'autrui.	Oui ↓ Non →	Sinon, envisager un trouble d'adaptation .
B. Les symptômes envahissants doivent être reliés à l'événement traumatique (au moins 1 symptôme) .	Oui ↓ Non →	Sinon, envisager un trouble obsessionnel-compulsif ou des troubles psychotiques .
C. L'évitement du TSPT est souvent généralisé ; il touche plusieurs situations et doit être relié à la peur de vivre un autre événement traumatique (au moins 1 symptôme) .	Oui ↓ Non →	Sinon, envisager: Dépression majeure (isolement, retrait social); Trouble panique avec agoraphobie (évitement de situations qu'il serait difficile de quitter en cas d'attaque et perception des symptômes anxieux comme dangereux) Phobie sociale (évitement des situations sociales par peur d'être humilié) ou Phobie spécifique (peur d'une situation spécifique).
D. Les altérations cognitives ou émotionnelles doivent exister depuis l'événement et être d'intensité moyenne à légère (au moins 2 symptômes) .	Oui ↓ Non →	Vérifier si les symptômes sont très sévères pour diagnostiquer une dépression majeure seule ou comorbide au TSPT.
E. Irritabilité, hyperactivation, état d'alerte, difficultés de sommeil depuis le trauma (au moins 2 symptômes) .	Oui ↓ Non →	Sinon, envisager un trouble d'anxiété généralisée si les symptômes sont reliés aux préoccupations de la vie quotidienne et durent depuis plus de six mois.
F. Les symptômes B, C, D et durent plus d' un mois .	Oui ↓ Non →	Si les symptômes durent depuis moins d'un mois, envisager un trouble de stress aigu .
G. Détresse significative ou impact sur des sphères importantes de fonctionnement.	Oui ↓ Non →	Sinon, envisager des gains secondaires ou de la simulation .
TSPT		

CHAPITRE 7

FAIRE UNE BONNE PSYCHOPÉDAGOGIE DES RÉACTIONS POST-TRAUMATIQUES

Nos patients sont souvent envahis de doutes. « Comment en suis-je arrivée là? Pourquoi ai-je agi ainsi lors du trauma? Que signifient mes symptômes actuels? Pourquoi les autres me blâment-ils de ce qu'il m'est arrivé? Qu'est-ce qui m'attend si je décide de poursuivre ma démarche thérapeutique? » Comment les informer, les rassurer et répondre avec bienveillance et clarté à leurs interrogations?

7.1 Pourquoi transmettre de l'information aux victimes?

Nous transmettons des informations aux victimes tout simplement parce qu'elles nous posent des questions et que le fait de leur expliquer ce qu'elles vivent est déjà en soi thérapeutique. En fait, être victime d'un événement traumatique implique l'expérience de l'impuissance, de la confusion et du manque de contrôle. Par la suite, les symptômes vécus sont souvent une source d'inquiétudes et d'incompréhension. En consultation, la victime se questionne beaucoup sur la légitimité de sa réaction lors de l'événement, sur le rôle de ses symptômes actuels, sur les modalités de la démarche qu'elle pense entreprendre. Il convient de répondre à ses interrogations, car cela induit enfin un sentiment de contrôle apaisant. Elle se sent plus rassurée, moins marginale, moins honteuse, moins coupable et s'abandonne davantage au processus thérapeutique par la suite.

La psychopédagogie à la suite d'une expérience traumatique vise *six principaux objectifs* : 1) permettre à la victime de mieux connaître ses symptômes post-traumatiques ; 2) l'aider à mieux comprendre à quoi ils servent ; 3) explorer ses facteurs personnels associés à sa réaction post-traumatique ; 4) normaliser les réactions qu'elle a eues lors de l'événement ; 5) mieux comprendre les réactions de son entourage ; 6) la préparer à sa démarche thérapeutique.

La psychopédagogie se veut un échange cordial sur ces informations et, surtout, constitue une base favorable à la création d'une alliance thérapeutique solide, qui repose sur la confiance et l'honnêteté entre le thérapeute et son patient.

7.2 « Comment se fait-il que je réagisse ainsi ? Est-ce normal ? »

La personne victime a souvent l'impression que ce qu'elle vit est exceptionnel et pathologique. Par exemple, ressentir des symptômes envahissants pour la première fois de sa vie effraie souvent beaucoup (« J'ai des images que je ne contrôle pas, qui m'apparaissent d'un coup »). Sans parler des symptômes dissociatifs, qui donnent vraiment l'impression que l'on a des hallucinations (voir les sections 2.3 et 8.6). De plus, ne pas pouvoir sortir de chez soi ou être incapable de se rendre dans des lieux familiers semble souvent incompréhensible pour les victimes et leur entourage et est fréquemment interprété comme un signe de faiblesse ou de paresse. Plusieurs arrivent en démarche en croyant fortement qu'elles « sont folles » et qu'elles ne retrouveront jamais une qualité de vie satisfaisante. Elles vivent alors beaucoup de détresse, de dévalorisation et d'impuissance.

Il peut être très thérapeutique d'explicitier les symptômes post-traumatiques à la victime. Pour ce faire, vous pouvez lui demander de remplir les questionnaires de la section 6.3 et en profiter pour analyser ses réponses avec elle. Vous pouvez ainsi mettre en évidence les réactions les plus fréquentes chez elle et celles qui sont les plus douloureuses.

Il est important de minimiser chez elle le blâme, la catastrophisation ou le déni de ses réactions post-traumatiques, attitudes qui ne font qu'aggraver sa détresse. Normalisez les symptômes

post-traumatiques et mettez en évidence qu'il s'agit majoritairement de *réactions normales à un événement anormal* ou de *réactions qui se produiraient chez presque tout le monde qui aurait vécu la même chose*.

Il peut être très utile de ne pas considérer ces symptômes post-traumatiques comme des signes pathologiques de maladie, mais d'utiliser une optique plus adaptative. Mettez ainsi l'accent sur la tendance saine de ces symptômes, c'est-à-dire qu'ils visent tous l'adaptation à un stress majeur.

7.3 « À quoi servent mes symptômes ? »

Chaque symptôme est *une tentative de l'individu de comprendre, de digérer ce qui s'est passé, de transcender le traumatisme*. Cette tentative n'est pas toujours fonctionnelle et efficace, mais elle est tout de même une réponse de l'organisme visant un mieux-être. En ce sens, même si les symptômes indiquent que l'événement n'a pas été complètement intégré, ils sont des indices que l'organisme tente de réagir à ce qui s'est passé et de s'y adapter le mieux possible avec les moyens qu'il possède. La démarche thérapeutique visera à maximiser cet élan naturel de l'organisme et à le rendre plus efficace.

Les modèles théoriques présentés au chapitre 3 peuvent aider le clinicien à expliquer le rôle des symptômes à la victime. Choisissez un modèle en fonction des symptômes spécifiques de la personne et des objectifs thérapeutiques visés.

Ainsi, le modèle d'Horowitz est très approprié pour expliquer aux patients la présence et la fonction de leurs symptômes envahissants et d'évitement cognitif. Il aide à comprendre pourquoi ces symptômes cohabitent et à quoi ils servent. De plus, il permet de considérer les symptômes post-traumatiques selon un processus de deuil qui mène à une résolution, ce qui est souvent réconfortant.

Les symptômes de *reviviscences* sont considérés par ce modèle comme une réactivation à la conscience d'informations traumatiques qui n'ont pas été digérées. Ces images tentent ainsi d'être intégrées par l'organisme. Tant que cette intégration ne sera pas complétée, ces souvenirs risquent de réapparaître. Ces symptômes peuvent donc être considérés comme des indications que l'expé-

rience traumatique n'est pas intégrée et des tentatives de donner un sens à l'événement (voir aussi la section 12.1).

Toutefois, si un patient présente surtout des symptômes d'anxiété en présence d'éléments associés au traumatisme, on privilégiera l'explication du modèle de Foa ou de celui de Mowrer. En effet, le modèle de Mowrer met l'accent sur le conditionnement à la base des symptômes post-traumatiques et permet à la victime de mieux comprendre le développement de sa détresse en présence d'éléments associés à l'événement ainsi que sa tendance à éviter ceux-ci. Il permet aussi de comprendre pourquoi la peur s'est généralisée à d'autres éléments qui n'étaient pourtant pas présents lors de l'événement. Il peut aider la victime à mieux saisir le rationnel des stratégies d'exposition *in vivo* ou en imagination. Pour sa part, le modèle de Foa ajoute la notion intéressante de structure de peur. Il peut être utile de dessiner avec la victime sa propre structure de peur et d'y indiquer les boîtes de significations personnelles.

Les symptômes de *détresse* ou d'*anxiété* en présence d'éléments associés au traumatisme peuvent donc être considérés comme le résultat du conditionnement produit lors du traumatisme. Les stimuli qui étaient présents lors du trauma vont provoquer par la suite, à leur tour, des symptômes de détresse et d'anxiété. L'analogie d'un enfant qui se fait mordre par un chien est souvent efficace pour expliquer ce mécanisme : un enfant qui se fait mordre par un chien aura très peur de se faire mordre à nouveau. Il risque d'être extrêmement nerveux lorsqu'il est en présence d'un chien qui ressemble à celui qui l'a mordu, mais il peut également être très effrayé en présence de n'importe quel autre chien par la suite. Cette analogie permettra de mieux faire comprendre à la victime sa crainte des éléments associés au trauma, mais aussi la généralisation de sa peur.

Les symptômes d'*évitement* sont une réponse à la trop grande anxiété provoquée par le contact avec des éléments associés au traumatisme : parce que les images entraînent de la détresse, la victime aura tendance à les mettre de côté. Puisqu'aller dans cette banque réveille trop de crainte, la personne évitera tout établissement qui lui rappelle cette situation. En fait, il peut être intéressant

de concevoir ces symptômes comme un mécanisme de protection qui est poussé à l'extrême. Ce mécanisme nous a souvent été utile pour nous protéger (éviter de remettre sa main dans le four après que l'on s'y est brûlé, éviter de traverser une rue achalandée, etc.). Par conséquent, éviter sert à quelque chose : c'est la fuite qui nous éloigne des objets associés au pire événement de notre vie et qui nous apaise. Par contre, ce qu'il est important de mentionner, c'est que ce mécanisme, ayant un objectif sain à l'origine («Je ne veux pas que cela se reproduise»), est devenu exagéré par le processus de généralisation. Cette tendance (qui a pu être utile dans le passé) affecte le fonctionnement quotidien de la victime, l'isole, renforce sa peur et maintient les symptômes post-traumatiques.

Les symptômes de *détachement*, de *déni* ou de *dissociation* constituent des stratégies extrêmes utilisées par la victime pour se protéger : se protéger d'émotions trop submergeantes et douloureuses, se protéger d'images trop horribles, se protéger du jugement des autres, etc. Ces attitudes ont comme fonction de doser le montant d'information qui doit être intégré par la victime et de protéger son intégrité psychologique. C'est le *breaker* (ou disjoncteur) qui est utilisé pour éviter la surcharge émotionnelle. Cette réaction peut parvenir à diminuer le contact de la victime avec sa colère, sa tristesse et sa peur ; toutefois, il convient de lui mentionner qu'elle peut aussi induire un détachement par rapport à l'enthousiasme, à l'intérêt, à l'affection, à la tendresse ou au désir. En effet, l'être humain ne peut se couper de ses émotions négatives sans se couper également de ses émotions positives. Une image utile pour illustrer ce symptôme est la mitaine de four : lorsqu'on la revêt, on peut effectivement sortir un plat bouillant du four, mais celle-ci est tellement épaisse qu'elle nous empêche d'apprécier la caresse que notre conjoint nous fait sur la main⁵.

Les symptômes d'*hyperactivité neurovégétative* sont très souvent présents à la suite de l'expérience traumatique. C'est comme si la victime restait en état d'alerte permanent, toujours sur ses gardes, toujours vigilante. Cet état nuit à ses capacités de concentration :

5. Cette image m'a été offerte par une sympathique intervenante de Baie-Comeau. Merci à vous!

quand vous êtes vigilant et attentif à tout ce qui se passe autour de vous, vous ne pouvez vous concentrer sur une seule chose. Être concentrés demande nécessairement de faire abstraction de ce qui nous entoure et les victimes n'ont pas encore retrouvé assez de confiance en leur environnement pour faire cela. Vous pouvez comparer ce type de symptôme au mode de combat des vétérans : habitués pendant des semaines à être au front et à devoir assurer leur survie, ils restent dans cet état de vigilance même à leur retour à la maison alors qu'ils n'ont objectivement plus rien à craindre. La victime qui a vécu un événement traumatique demeure souvent dans ce mode de combat, ce mode de survie extrême. Une image qui peut être utile pour décrire la fonction de ces symptômes consiste à comparer le traumatisme à un voleur qui entre dans une maison dont le système d'alarme s'est déclenché ! Depuis, fort de cette expérience, il est resté très vigilant et extrêmement sensible : même un écureuil qui marche sur le gazon parvient à le faire réagir de nouveau. Le système d'alarme, utile en temps normal, est inutile et nuit à la qualité de vie lorsqu'il est si sensible. Le même mécanisme est présent chez les victimes souffrant de TSPT : il suffit de très peu d'éléments pour éveiller l'état d'alerte, et la sirène d'alarme retentit à tout moment.

Enfin, le modèle de Joseph *et al.* (1995) met, pour sa part, beaucoup plus l'accent sur les variables cognitives du TSPT. Il est très utile pour les patients qui présentent des attributions et des croyances dysfonctionnelles associées à la détresse post-traumatique. Il permet de comprendre en quoi notre interprétation de l'événement, nos émotions et le soutien des autres contribuent au maintien de la réponse traumatique. Il peut bien préparer la victime à la pertinence d'un travail de restructuration cognitive.

7.4 « Pourquoi suis-je la seule à souffrir autant ? »

Le processus d'évaluation a permis au clinicien de mieux comprendre les facteurs prétraumatiques, déclencheurs et de maintien des symptômes post-traumatiques chez la victime (voir le chapitre 4). Il peut être très enrichissant pour la victime de mieux comprendre pourquoi elle a réagi de cette façon à la suite

de l'événement, surtout lorsqu'elle se compare à d'autres (« Nous avons tous vécu le même trauma, pourquoi suis-je la seule en arrêt de travail? »). Il s'agit de préciser et d'explorer *avec elle* ce qui a pu contribuer à sa réaction toute personnelle. Cette démarche peut favoriser une meilleure connaissance et acceptation de soi.

La victime trouve souvent particulièrement enrichissant de mieux comprendre en quoi les caractéristiques de l'événement et ses émotions présentes lors du trauma ont pu contribuer à l'intensité de ses symptômes post-traumatiques (spécifier ses facteurs *déclencheurs* personnels). Parallèlement à cela, l'identification de ses facteurs de *maintien* peut l'aider à mieux comprendre ce qui aggrave sa convalescence. Cela peut aussi lui faire prendre conscience des obstacles à sa récupération et la motiver à limiter l'impact négatif de ceux-ci.

Enfin, il pourrait être intéressant pour elle de mieux comprendre quels sont ses « barils de poudre » personnels, qui l'avaient fragilisée et que l'événement a fait exploser... L'image des cicatrices passées qui ont été ravivées par le dernier événement peut aussi être utilisée. Il est toutefois important de faire attention au côté potentiellement très confrontant de l'exploration des facteurs *prétraumatiques* et de ne pas minimiser l'aspect dévastateur de l'événement en soi. La victime peut interpréter ce travail comme des failles empathiques graves (« Mon thérapeute pense que c'est de ma faute si j'ai des symptômes post-traumatiques », « C'est parce que j'étais trop fragile que je vis tellement de séquelles »). Il est important de mentionner qu'avoir vécu des facteurs de stress avant le trauma ne suffit pas à entraîner des symptômes post-traumatiques. L'événement traumatique joue toujours le rôle de facteur déclencheur majeur. Cette exploration des facteurs prétraumatiques doit surtout provenir de la victime et de ce qu'elle perçoit comme facteurs fragilisants ayant pu jouer dans son cas.

Facteurs de stress pouvant contribuer à mes symptômes actuels

Facteurs de stress	OUI	NON
Facteurs présents lors de l'événement		
1. L'événement a menacé ma vie ou mon intégrité physique.		
2. L'événement était causé par la main d'un autre être humain.		
3. L'événement a profané mon espace vital.		
4. J'ai vécu des symptômes dissociatifs durant l'événement.		
5. J'ai ressenti des émotions très fortes durant l'événement.		
6. L'événement ressemblait à un événement douloureux passé.		
Facteurs présents avant l'événement		
7. Je vivais de nombreux facteurs de stress avant l'événement.		
8. Je me sentais déprimé, anxieux, ou je consommais de l'alcool ou de la drogue avant l'événement.		
9. Je voyais la vie comme profondément juste avant l'événement.		
10. Je voyais les gens comme foncièrement bons et je leur faisais facilement confiance avant l'événement.		
11. J'étais du genre à être un «chêne» plus qu'un «roseau» avant l'événement.		
12. Je voyais les émotions comme un signe de faiblesse et je voulais être constamment en contrôle avant l'événement.		
Facteurs présents après l'événement		
13. Je me sens très blâmé et critiqué par mon entourage actuellement.		
14. Je suis actuellement engagé dans un processus judiciaire relié à l'événement.		
15. Je sens beaucoup de jugement de la part de la société face à ce que j'ai vécu.		
16. Je vis de la douleur chronique et des séquelles physiques actuellement.		
17. Ma relation de couple est en crise actuellement.		
18. Mes relations familiales ou amicales sont très insatisfaisantes.		
19. Mes relations au travail ou mon emploi sont hypothéqués actuellement.		
20. Je suis en deuil de quelqu'un qui est décédé lors de l'événement.		

7.5 « Pourquoi ai-je agi ainsi lors de l'événement ? »

La force du jugement *a posteriori*

Il est si facile pour la victime ou pour les membres de son entourage de juger des actions commises par celle-ci lors de l'événement traumatique. Pourtant, il s'agit d'un jugement posé *a posteriori*, c'est-à-dire qui a été posé à la suite d'actions déjà passées.

Or, effectuer un jugement *a posteriori* comporte plusieurs biais : tout d'abord, quand on juge nos actions passées, on connaît le déroulement et les conséquences de l'événement traumatique passé (« Il y a des blessés dans la voiture de l'autre conducteur », « Le feu ne va se propager qu'à cette portion de l'édifice », « L'agresseur va tirer sur moi, mais ne m'atteindra pas », « Mes collègues vont être blessées », etc.). La victime effectue donc l'évaluation de la pertinence de ses actions à partir d'informations qu'elle ne possédait pas au moment où elle a fait ses actions. Il est important qu'elle réalise qu'elle a agi de la meilleure façon possible selon les informations qu'elle possédait à ce moment-là. En effet, se juger selon ces informations privilégiées n'est absolument pas équitable.

De plus, la victime effectue son jugement *a posteriori* alors que son état émotionnel est complètement différent de celui présent lors du trauma : elle est maintenant en sécurité, calme, en pleine capacité de ses habiletés de pensée, tandis qu'elle a dû réagir lors de l'événement en une fraction de seconde sous l'influence de la terreur, de l'horreur ou de la surprise totale. Elle ne prend plus en considération l'impact de ses émotions dans sa prise de décision passée parce que son état émotionnel actuel est très différent de celui d'alors.

Enfin, lors de son jugement *a posteriori*, la victime va souvent exagérer sa responsabilité personnelle face à ce qui s'est passé lors de l'événement. Parce qu'elle a une meilleure idée de ce qui a causé l'événement, elle a l'impression qu'elle aurait donc pu le prévenir. Et si elle a cette impression, elle se voit donc comme *responsable* qu'il se soit produit. (Nous verrons ces biais cognitifs plus en détail au chapitre 9.)

Le jugement *a posteriori* comporte donc plusieurs « défauts » qui biaisent l'objectivité du jugement de la victime vis-à-vis de ses

propres actions passées. Ces biais sont souvent une source de blâme, de honte ou de culpabilité et nuisent à la récupération post-traumatique. Le clinicien doit donc mettre en évidence les biais propres à ce jugement *a posteriori* et identifier avec la victime les éléments qui lui permettront de comprendre ses réactions.

Le pouvoir de la peur

Il est difficile pour quelqu'un qui n'a jamais connu d'événement traumatique d'imaginer l'intensité, la force incroyable de la peur de mourir, d'être violée ou d'être grièvement blessée que ressent la victime pendant l'événement.

Ces peurs extrêmement intenses poussent parfois la victime à adopter des comportements de survie qui paraissent complètement irrationnels après coup : paralyser, fuir, crier, pousser les autres afin de sortir, se jeter par terre, courir dans la mauvaise direction, ne pas entendre les consignes du personnel de sécurité, etc.

Évidemment, par la suite, la victime a tout le loisir de juger à froid ses comportements et de critiquer sa façon d'agir : la peur n'est plus présente et tout ce qu'on aurait pu faire semble maintenant si facile... Il importe de bien expliciter le pouvoir intense de cette peur à la victime et de lui faire remarquer aussi à quel point ce sentiment a eu une fonction protectrice vitale pour l'organisme. La peur est donc saine et a été souvent indispensable à notre survie dans le passé.

Le choc de la surprise

Un événement traumatique est, par nature, imprévisible et exceptionnel. Si nous n'avons pas vécu d'événement traumatique, notre conception du monde est teintée par trois conceptions fondamentales : « Les gens sont bienveillants », « Le monde est juste » et « Je suis digne de valeur ». Ces conceptions, le plus souvent inconscientes, laissent une certaine impression d'invulnérabilité et une perception « que cela n'arrive qu'aux autres » (Janoff-Bulman, 1992). Elles sont majoritairement présentes chez la population en général et favorisent notre impression de sécurité et d'invulnérabilité (Perloff, 1983). Nous approfondirons le rôle de ces croyances dans le chapitre 9, mais mentionnons dès maintenant que ces

conceptions du monde contribuent à l'effet de surprise totale que ressent la victime lors d'un événement traumatique.

« Les gens sont bienveillants » correspond à une conception positive de la nature humaine : les autres sont perçus comme majoritairement bons. En face d'un agresseur, la victime est totalement privée de ses moyens : elle ne peut comprendre qu'un autre être humain puisse agir de cette façon, cela la dépasse complètement et contribue à l'effet de surprise immense. Pour sa part, « Le monde est juste » suppose qu'on obtient ce qu'on mérite dans la vie et que si on est une bonne personne, on sera en quelque sorte « protégé du malheur ». Face à un tel événement, le choc de la surprise est intense et le doute s'installe : « Qu'est-ce que j'ai fait pour "mériter" ça ? Pourquoi moi ? » Notre impression générale d'invulnérabilité et que « cela n'arrive qu'aux autres » participe aussi à l'intense surprise. En effet, l'énorme diffusion médiatique d'horreurs, de catastrophes ou d'agressions subies par d'autres personnes peut paradoxalement contribuer à renforcer l'impression que des tragédies arrivent, mais ne peuvent *nous* arriver. La majorité des gens ont l'impression inconsciente qu'ils ne sont que des spectateurs de ces horreurs et qu'ils sont, en quelque sorte, presque protégés du malheur. Lorsque celui-ci se présente, c'est donc un choc immense.

Un autre élément social pouvant contribuer à cet effet de surprise est l'aspect profondément sécuritaire de notre vie quotidienne moderne. Nous vivons dans une société pacifique, démocratique, où les agressions sont négativement perçues. La majorité des gens sont peu en contact avec la violence dans leur vie quotidienne, et leur vie passée les a peu outillés pour l'affronter (« Je ne me suis jamais battue auparavant », « C'est impossible pour moi de taper sur quelqu'un d'autre », « Je n'aurais jamais cru que quelqu'un puisse transgresser cette règle sociale de se conduire respectueusement et qu'il m'attaque »). De plus, l'événement traumatique constitue un événement qui ne correspond pas à notre système de valeurs ou à nos attentes : il est trop injuste, trop violent, trop horrible ou tout simplement impensable. Lors d'une agression interpersonnelle, la victime est complètement démunie face à un agresseur qui transgresse tous les tabous sociaux, les habitudes, les conventions : l'effet de surprise et d'incompréhension est énorme.

Bref, nos conceptions du monde contribuent énormément à nos réactions d'intense surprise lors de l'événement traumatique : « Comment est-ce possible ? », « Non, c'est pas vrai ! », « Ça pouvait arriver, oui, mais pas à moi ! » Réagir tout de suite et de façon appropriée à un tel événement est absolument impossible. Cette surprise intense peut entraîner des comportements hébétés, confus ou paralysés chez la victime.

État de choc ou de paralysie

Il faut savoir que *la grande majorité des victimes se figent* durant l'événement traumatique. Le choc de la surprise est tellement énorme qu'il peut entraîner un état de paralysie ou de confusion totale. Cette réaction (pourtant extrêmement courante) fait souvent l'objet de culpabilisation sévère par plusieurs victimes.

Les hommes, en particulier, ont davantage tendance à se blâmer de ce type de « paralysie ». En fait, l'image de l'homme dans notre société reste celle de celui qui doit avoir le contrôle et dont les réactions émotionnelles sont perçues comme un signe de faiblesse inacceptable. Les films hollywoodiens à la Rambo ont concrétisé ce mythe de l'homme-héros, du superman capable de sauver la situation ou de se défendre avec succès. Ce mythe entraîne beaucoup de culpabilisation chez les hommes victimes de traumatisme et favorise le blâme social. Pensons, par exemple, aux reproches que plusieurs ont adressés aux étudiants masculins lors de la tuerie de l'École Polytechnique de Montréal. Certaines éditorialistes leur avaient reproché de ne pas avoir porté secours à leurs collègues femmes alors qu'on n'aurait jamais exigé un tel comportement de leurs collègues féminines. Pensons aussi aux blâmes que certaines émissions de tribunes téléphoniques ont adressés à propos du comportement supposément passif et « mou » (!) des passagers des vols détournés lors du 11 septembre 2001 à New York... Oui, l'image du Rambo est encore puissante et valorisée socialement, et paralyser face à un agresseur est perçu comme un comportement inavouable. Certains hommes auront beaucoup de difficulté à parler de l'événement parce qu'ils ont honte de leur comportement et craignent un jugement négatif de la part de leur entourage.

Dans le même ordre d'idées, les professionnels qui ont l'habitude de se trouver en position de «sauveurs», tels que les ambulanciers, les médecins, les infirmiers, les policiers, les pompiers, vont accepter très difficilement d'avoir vécu une situation dans laquelle ils se sont sentis paralysés ou impuissants. Parce qu'ils avaient une formation spécialisée, ils se blâment d'autant plus de n'avoir pu «prendre le contrôle» ou «faire leur devoir». Ils sont souvent sévères face à leurs réactions de paralysie : «Je savais pourtant quoi faire, j'aurais dû réagir mieux qu'un autre» est un type de phrase qui caractérise bien ce blâme à leur propre endroit.

Il est important de rappeler à la victime *qu'elle a fait ce qu'elle pouvait faire de mieux à ce moment-là, et que nous n'aurions probablement pas agi autrement à sa place*. L'objectif est de l'aider à considérer ses réactions comme tout simplement humaines, avec tout ce que cela comporte d'irrationnel et d'émotif.

Certaines victimes entretiendront un jugement extrêmement sévère face à leur manque d'action, et cette condamnation aura pour effet de maintenir sinon d'aggraver les symptômes post-traumatiques. Ce jugement peut aussi entraîner de graves symptômes dépressifs. Comme clinicien, il est alors pertinent de se demander si cette condamnation *ne sert pas une autre fonction sous-jacente* : «À quoi sert cette autoflagellation excessive?», «Se blâmer à ce point servirait-il à se punir de ce comportement dans une tentative expiatoire?», «Qu'est-ce que la victime “gagne” à se blâmer ainsi?» (voir aussi la section 14.8).

État dissociatif

Plusieurs victimes vivront un état dissociatif lors de l'événement traumatique. Or, cette réaction est souvent tellement déconcertante et bouleversante que certaines personnes doutent de leur santé mentale par la suite.

En fait, le choc intense de l'événement, la surprise, la peur peuvent pousser le système psychologique de la victime à se protéger émotionnellement. Cette protection prendra la forme d'une perte ou d'une modification momentanée du contact avec la réalité. La dissociation désigne ce mécanisme de défense général temporaire ayant pour objectif d'éviter une trop grande détresse

émotionnelle. On peut distinguer deux principales formes de dissociation : la *dépersonnalisation* (modification de la perception de soi) («Je me suis sentie détachée de mon corps, comme si je flottais au-dessus de la scène de l'accident», «Je donnais l'argent au voleur, mais j'avais l'impression que ma main ne m'appartenait pas») et la *déréalisation* (modification de la perception de notre environnement) («Je me sentais comme dans un rêve étrange», «Tout semblait irréel autour de moi», «Le temps semblait se dérouler extrêmement lentement tout à coup»). Ces réactions dissociatives peuvent donc prendre deux formes : notre corps semble déformé («Je sentais mes bras devenir très lourds», «Je me sentais flotter et marcher de façon très légère») ou la réalité semble altérée («Je voyais le policier qui me demandait mes papiers comme s'il était loin, loin dans un tunnel, et sa voix était étrange», «J'avais l'impression que les gens passaient très rapidement autour de moi sans me voir»).

Plusieurs victimes attribuent ces réactions à des signes de folie, de maladie mentale ou d'anomalies neurologiques. Les sensations d'irréalité ou de dépersonnalisation sont souvent extrêmement paniquantes pour elles et peuvent même être, en soi, une expérience traumatisante. Conséquemment, il est essentiel de préciser que ces réactions dissociatives lors du trauma sont courantes, temporaires et avaient alors pour fonction de les protéger contre des états émotionnels trop intenses. Elles aident la victime à prendre une distance face à l'événement traumatique qui est en train de se produire et de lui redonner un certain sentiment de sécurité (Marmar *et al.*, 1997). Ces réactions dissociatives témoignent du choc qu'a constitué l'événement du point de vue de la victime (voir aussi la section 8.).

Comportements de fuite

La fuite est aussi une réaction commune lors d'un événement traumatique. Elle s'explique par deux éléments : d'abord, la peur intense, la terreur relèguent au second plan tout le reste. La fuite constitue alors un mécanisme de survie instinctif, viscéral, extrêmement puissant, qui n'a plus rien de rationnel ou de logique. De plus, ce geste a déjà été utile dans le passé en d'autres circonstances

et a été ainsi renforcé. S'échapper a déjà permis à la victime d'éviter des ennuis et fuir est devenu une option valable.

Lors d'un événement traumatique, la fuite est commune. Cependant, ce comportement est souvent source de blâme et de honte. Certaines victimes vont hésiter à raconter à leur entourage ce qui s'est passé parce qu'elles ont honte de leur fuite et de leur lâcheté. L'image du héros est très forte et les biais propres à l'évaluation *a posteriori* rendent ce comportement incompréhensible.

Sentiment d'abandon, de solitude

« Il était là, à côté de moi, et il n'a rien fait ! », « Il y avait une autre personne dans l'autobus, mais elle n'a pas bougé », « J'ai demandé à quelqu'un de m'aider, mais il est parti en courant ».

Les victimes nous rapportent souvent ces commentaires à la suite de l'expérience traumatisante. Elles ont ressenti durant l'événement un sentiment de solitude intense ; elles ont eu l'impression d'avoir été complètement laissées à elles-mêmes, de ne pas avoir pu recevoir de l'aide ou une assistance, et elles sont profondément blessées par la réaction des autres. Elles se sont senties abandonnées et trahies.

Il peut être utile de mentionner à la victime que de tels comportements sociaux peuvent exister, et ce, particulièrement dans les grands centres urbains. La psychologie sociale a, depuis longtemps, documenté ces comportements humains qui ignorent une agression ou refusent de « prendre parti ». Ils témoignent souvent de la peur ressentie par les témoins ou l'entourage de la victime. Celle-ci trouvera peut-être du réconfort de savoir que, néanmoins, ils ne la visent pas personnellement : ces gens auraient probablement agi de la même façon avec toute autre victime.

Sentiment d'impuissance, de prise de pouvoir par autrui et d'humiliation

Nous aimons croire que nous sommes maîtres de notre destinée dans le quotidien et que nous avons le contrôle sur notre vie et sur ce qui nous arrive. Nous acceptons déjà difficilement les obligations et les contraintes déterminées par les circonstances extérieures (horaire fixé par la compagnie, par l'école des enfants,

exigences d'embauche, d'admission, conditions de travail, conditions climatiques, etc.). Les contraintes et les obligations déterminées par un autre être humain sont encore plus difficiles à accepter. *Le pouvoir de l'agresseur inhérent à certains types de traumatismes est d'autant plus traumatisant.*

Les vols à main armée, les agressions physiques ou sexuelles, la torture et l'intimidation sont quelques exemples de situations où le pouvoir de l'agresseur peut se faire particulièrement sentir. Dans ce type de traumatisme interpersonnel, la victime ressent de façon extrêmement douloureuse ce pouvoir que s'arrogent les agresseurs : pouvoir de vie ou de mort, de blesser gravement, d'humilier, d'insulter, de terroriser, de séquestrer, etc.

La victime peut être révoltée de l'exercice de ce pouvoir sur elle : « Je n'étais plus un être humain, il a eu tout pouvoir sur moi à ce moment », « Il m'a obligée à lui crier que je l'aimais pendant qu'il me violait », « Il a tenu le fusil sur mon front pendant tout le vol », « Ils m'ont forcé à me mettre à genoux pendant qu'ils emmenaient mon fils », mais aussi sur son entourage : « Je n'accepterai jamais qu'il ait pu rendre mes enfants orphelins rien qu'en tirant sur la gâchette », « Comment ma femme aurait-elle pu s'en sortir si j'avais été invalide ? », « Il a détruit notre vie familiale ».

Les émotions reliées à l'expérience du pouvoir exercé par un agresseur sont très intenses et douloureuses. Subir les manifestations de ce pouvoir entraîne souvent chez la victime des sentiments intenses de dégoût, de nausée, de colère, de rage, de terreur, d'humiliation durant et après l'événement.

La dimension d'humiliation est très présente dans certains types de traumatismes. Pensons, par exemple, à l'agression sexuelle ou à la torture. Lors de ces actes criminels, les agresseurs emploient l'humiliation comme un acte de violence, comme une arme psychologique, comme une atteinte supplémentaire à l'intégrité physique et psychologique de la victime. Certains trouvent une certaine satisfaction pathologique à humilier leurs victimes, à exercer leur pouvoir sur elles. L'humiliation est utilisée afin de détruire encore davantage l'être humain qu'ils ont devant eux, afin d'annihiler cette partie d'humanité chez leur victime.

7.6 « Pourquoi mon entourage agit-il ainsi envers moi ? »

Les victimes ressentent souvent douloureusement le jugement des autres à leur endroit. Plusieurs études ont mis en évidence le fait que l'entourage blâme fréquemment les victimes de ce qui leur est arrivé. Vous avez sûrement déjà entendu des phrases comme celles-ci : « Il a toujours conduit comme un fou, pas étonnant qu'il ait eu un accident », « Me semble que je me serais rendu compte plus tôt que je devais me méfier de ce gars-là », « Elle ne veut pas s'en sortir, elle n'essaie même pas de recommencer à travailler », etc.

Pourquoi ? Comment expliquer que les autres blâment une victime du viol ou du vol à main armée qu'elle a subi ? En fait, d'autres explications permettent de comprendre ce phénomène et nous aident à mieux saisir ces motivations autrement que par les seules « incompréhension », « méchanceté » et « indifférence » d'autrui, raisons qui sont souvent considérées par les victimes. *Nous tenterons ici de mieux comprendre ce phénomène très courant et de distinguer trois types de blâmes* : 1) le blâme lié à la cause de l'événement traumatique ; 2) le blâme lié aux comportements de la victime ; et 3) le blâme lié aux séquelles montrées par la victime.

Blâme lié à la cause de l'événement traumatique

« De toute façon, elle conduit comme un pied, pas étonnant qu'elle ait eu un accident », « Évidemment, quand tu sors à cette heure-là de la nuit, tout peut arriver », « On a toujours ce que l'on mérite dans la vie », « Quand tu es imprudent, c'est ça que ça donne », etc.

Une explication attributionnelle a été avancée par Janoff-Bulman (1985) et nous permet de mieux comprendre pourquoi l'entourage de la victime réagit souvent en la blâmant d'avoir causé l'événement traumatique. Selon cette chercheuse, *blâmer la victime du viol ou de l'agression physique qu'elle vient de subir a une fonction souvent protectrice pour son entourage* : cela permet de garder intactes ses croyances fondamentales en un monde sécuritaire et juste ainsi que de conserver son sentiment d'invulnérabilité.

En effet, affirmer que ce sont les comportements de la victime avant l'événement ou certains traits de sa personnalité qui sont responsables du traumatisme nous aide à préserver l'illusion qu'une

telle chose ne peut pas nous arriver, nous qui (« au contraire de la victime ») n'avons rien fait et ne ferons rien de tel dans le futur pour provoquer pareille chose. Inconsciemment, l'effet de cette attribution ressemble à ceci : « Je ne m'habille pas de cette façon, donc cela ne m'arrivera pas », « Je ne sors pas à cette heure-là, donc je suis en sécurité », « Je conduis mieux que lui, donc je suis hors de danger ».

Attribuer l'événement traumatique au hasard ou à la société constitue une explication très insécurisante pour la majorité des individus. Elle implique en effet qu'un tel événement pourrait arriver à n'importe qui, peu importe ce qu'il a fait avant. Par conséquent, cette attribution implique, par le fait même, qu'il peut arriver à chacun d'entre nous... Perspective peu réjouissante et dont nous nous défendons en blâmant la victime.

Attribuer l'événement traumatique au hasard est aussi très insécurisant parce que cela ébranle la vision du monde partagée par la majorité des gens, c'est-à-dire la croyance en un monde bon, juste et au sein duquel les événements positifs sont plus fréquents que les événements négatifs. Croire que la victime a fait quelque chose qui a provoqué l'événement garde intacte cette conception en un monde qui a du sens et qui possède une certaine « justice ».

De plus, blâmer la victime permet de trouver rapidement un sens à ce qui s'est passé. Cela répond à notre besoin d'expliquer les choses, et cette réponse nous rassure parce qu'elle exclut que cela puisse nous arriver. Elle est également très occidentale : nous avons tendance à croire que nous pouvons tout contrôler. C'est le royaume du « Si tu veux, tu peux », conception qui renforce le blâme face aux victimes parce qu'on refuse de croire que certaines choses sont hors de notre contrôle.

Cette optique attributionnelle permet ainsi de saisir pourquoi se perpétue le mythe de la « victime coupable » au sein de nos sociétés dites modernes. L'entourage a ainsi de « bonnes raisons » de blâmer la victime de ce qui lui est arrivé.

Outre la confrontation désagréable des croyances fondamentales de l'entourage, ne pas blâmer la victime et partager sa détresse nécessite une bonne dose de tolérance à l'impuissance ainsi qu'une bonne capacité de tolérance à l'horreur et à la violence délibérée

et gratuite. Ces qualités ne se trouvent pas chez tout le monde. Accompagner une victime de traumatisme est souvent bouleversant émotivement pour son entourage. Plusieurs préfèrent mettre une certaine distance psychologique entre eux et cette victime, histoire de se protéger... Le blâme est un instrument très efficace en ce sens. Dommage, donc (mais pas étonnant), que peu de gens soient capables d'accepter ce qui est arrivé à la victime sans lui faire porter la responsabilité de l'événement...

Blâme lié aux comportements de la victime

Parallèlement au blâme concernant la cause de l'événement, les victimes rapportent souvent souffrir de *blâme lié aux comportements qu'elles ont manifestés* lors de l'événement. Des phrases telles que « Me semble que je me serais rendu compte plus tôt de l'incendie », « Il est sorti de l'usine sans s'inquiéter de ses collègues », « Elle n'a même pas crié pendant l'agression », « Moi, j'aurais donné l'argent et ça aurait évité bien des problèmes » peuvent entraîner une importante remise en question de la part de la victime, ainsi que beaucoup de culpabilité. Ces sentiments, en contrepartie, risquent de maintenir sinon d'aggraver les symptômes post-traumatiques.

Pour comprendre pourquoi les gens de l'entourage de la victime réagissent de cette façon, il convient de revenir sur les biais liés à l'évaluation *a posteriori*.

Comme mentionné plus tôt, il est toujours plus facile pour les membres de l'entourage de juger des actions passées, et ce, pour trois raisons : d'abord, parce qu'après l'événement on possède des données liées à son déroulement et à ses conséquences qui n'étaient pas disponibles au moment où la victime faisait ses gestes. Il est alors difficile pour les gens de faire abstraction de ces données pour se mettre dans la même situation que la victime lors du trauma. Lors du trauma, par exemple, la victime peut ne pas savoir que l'arme braquée sur elle n'est pas un vrai revolver. Si son entourage apprend cette information par la suite, il aura tendance à lui reprocher de ne pas avoir osé davantage de gestes de défense ou de fuite au moment de l'événement traumatique. Il sera difficile pour ses proches de faire abstraction de cette information et de se plonger dans l'expérience subjective de la victime, à savoir qu'elle est

complètement vulnérable sous la menace d'une arme à feu.

Ensuite, parce que notre état émotionnel est très différent de celui de la victime alors qu'elle faisait ces gestes. D'abord, si on peut juger des actions passées, c'est qu'on est en vie! Or, plusieurs victimes doivent réagir alors que leur vie est carrément en danger et qu'elles doutent de pouvoir s'en sortir. Après l'événement, on ne ressent plus avec la même intensité la terreur, la surprise, l'horreur qui étaient pourtant omniprésentes lors de l'événement et qui ont alors influencé nos actions. On minimise la puissance de ces émotions quand on est confortablement assis en sécurité chez soi et que l'on évalue des actions posées dans le passé ou effectuées par quelqu'un d'autre.

Enfin, il convient de mentionner le dernier biais qui influence l'évaluation *a posteriori*. Il s'agit de la tendance à minimiser certains éléments présents lors de l'événement. On désigne ici l'atmosphère entourant l'événement, le regard de l'agresseur, le ton de sa voix, les intentions que la victime a pressenties à ce moment selon son intuition, les idées qui lui ont traversé la tête (« Il va me tuer », « Ça y est, je vais mourir ici », « C'est un fou, il est incontrôlable », etc.) et les émotions qu'elle a ressenties (terreur, confusion, colère, etc.). Tous ces éléments peuvent avoir influencé le choix des actions posées par la victime. Pourtant, lorsqu'on juge des actions passées, la force de ces éléments perd de son intensité et les gestes posés peuvent alors paraître injustifiés ou illégitimes. Ceux-ci étaient pourtant parfaitement justifiés, sinon compréhensibles dans le *contexte* de l'événement traumatique.

Parce qu'elles sentent que l'entourage a tendance à blâmer leurs comportements, plusieurs victimes auront de la difficulté à parler de ce qu'elles ont fait lors du traumatisme et peuvent ressentir beaucoup de dévalorisation, de honte et de culpabilité face à leurs comportements.

Blâme lié aux séquelles montrées par la victime

« Reviens-en! Ça fait déjà trois mois que ça dure! », « Ne reste pas comme ça à la maison, essaie de sortir un peu, au moins », « Tu es très irritable, c'est insupportable », « Je suis surpris que tu ne sois pas prêt à retourner travailler après tant de semaines ».

Même s'il peut être difficile d'interpréter ces attitudes de l'en-

tourage comme telles, il est important de considérer qu'elles peuvent découler d'un réel intérêt et d'une préoccupation authentique pour le bien-être de la victime. En effet, il est souvent bouleversant pour l'entourage de voir une personne aimée souffrir des séquelles d'un événement traumatique. La difficulté à dormir, la détresse marquée, l'isolement social, l'incapacité à travailler de la victime peuvent émouvoir profondément son entourage, et ce, tout particulièrement si celui-ci se blâme de ce qui s'est passé (« Si j'avais été là, cela ne serait pas arrivé », « J'aurais dû aller la chercher comme elle me l'avait demandé », « Si je n'avais pas accepté de faire des heures supplémentaires, cela ne se serait pas produit »). Ce blâme souvent illogique entraîne parfois de la colère envers lui-même, colère qu'il peut retourner inconsciemment contre la victime.

L'entourage peut se sentir impuissant face à l'événement lui-même et à la souffrance de la victime. Il ne sait pas quoi faire pour l'aider. Les membres de la famille se sentent souvent gauches, malhabiles, ne savent pas quoi dire pour l'apaiser ou lui redonner confiance en la vie. Les symptômes d'irritabilité de la victime leur donnent souvent l'impression qu'ils sont de trop ou qu'ils la blessent sans le vouloir. Ce sentiment d'impuissance les pousse parfois à donner des conseils pour se sentir utiles, ce qui ne fait qu'ajouter au sentiment de dévalorisation de la victime. Les membres de l'entourage vont trouver si difficile de sentir la personne aimée souffrir qu'ils risquent inconsciemment de lui faire porter le blâme parce qu'elle ne récupère pas assez rapidement.

Pourquoi expliquer les réactions de l'entourage à la victime ?

Il est important d'aider la victime à mieux comprendre pourquoi son entourage réagit d'une certaine façon. Certains de ces comportements cachent souvent beaucoup d'affection, teintée de maladresse, d'impuissance et peut-être même de blâme envers elle-même pour ce qui est arrivé. Soulignons que certains de ces blâmes ne sont pas motivés par de la méchanceté, mais par une difficulté à remettre en question des croyances sur le monde ou à tolérer qu'une personne aimée puisse souffrir autant.

7.7 « Qu'est-ce qui m'attend si je poursuis la démarche thérapeutique ? »

L'intervention auprès de victimes de traumatisme présente certaines modalités qui lui sont propres et qu'il peut être utile de présenter à la victime. Elle pourra ainsi déterminer si cela lui convient et correspond à ce qu'elle attend d'une thérapie. Elle pourra également mieux comprendre ce que vous allez faire ensemble, ce qui la rassurera et lui permettra de mieux s'abandonner au processus thérapeutique.

Il est important de faire savoir à la victime que le thérapeute est perçu ici non pas comme un « expert inaccessible », mais comme un guide qui travaille *en équipe* avec elle. L'esprit thérapeutique en est ici un de coopération et d'ouverture. Elle doit sentir qu'il y a de la place pour qu'elle puisse poser toutes les questions qui lui tiennent à cœur au cours de sa démarche et qu'elle peut s'exprimer librement sur le plan émotionnel si elle en sent le besoin. Elle doit savoir aussi qu'il est normal qu'elle ait des lectures à faire ou qu'elle doive pratiquer certains exercices à la maison au cours de sa thérapie.

Il peut être également judicieux de prévenir la victime qu'elle trouvera probablement certaines séances difficiles et que les symptômes d'évitement propres au TSPT se manifesteront peut-être au cours de la thérapie. Expliquez cette tendance possible de façon adaptative et non comme un blâme, afin de favoriser la coopération de la victime à ce sujet : « Il est naturel que tu n'aies parfois pas envie de te présenter à ta séance, puisqu'on parle ici d'un événement très douloureux. Ces symptômes sont normaux et font partie du TSPT, dis-le-moi si cela est trop difficile et on suivra mieux ton rythme », « Mon objectif, c'est que tu ailles mieux ultimement ; cela peut vouloir dire qu'à court terme tu te sentes un peu moins bien. Si tu vois que ton anxiété est trop importante ou que certains exercices sont trop rapides et que cela te fait peur, dis-le-moi et on décidera ensemble de ce qui est le mieux », « Certaines victimes vont trouver les symptômes post-traumatiques si désagréables qu'elles peuvent utiliser des mécanismes artificiels comme la drogue ou l'alcool pour diminuer l'anxiété ; il est important que tu restes attentif à cette tentation ».

7.8 En conclusion: comment faire de la psychopédagogie ?

Évidemment, faire de la psychopédagogie ne veut pas dire présenter le cours « Trauma expliqué » à la victime... Il s'agit d'abord de n'aborder que les données qui semblent pertinentes dans son cas spécifique. Il importe aussi de choisir le bon moment thérapeutique: tentez de transmettre de l'information lorsqu'un contenu émotionnel est présent, c'est-à-dire quand la victime soulève d'elle-même certaines interrogations ou qu'elle mentionne certaines conceptions irrationnelles de ses symptômes ou de ses réactions.

Soyez concis, simple, accessible et utilisez un langage facile à comprendre et exempt de tout détail technique: le but n'est pas d'avoir l'air savant, mais de transmettre de l'information visant à diminuer la détresse. Donnez des exemples concrets, des images qui illustrent les données avancées et qui permettent au patient de bien saisir ce que vous voulez lui dire.

Enfin, n'oubliez pas que la personne qui souffre de TSPT présente souvent des difficultés de concentration importantes, qui peuvent contrer la mémorisation et la compréhension de certaines explications. Par conséquent, vérifiez systématiquement la compréhension de la victime après tout partage d'informations (« Pourriez-vous me résumer ce que vous avez compris? », « Comment réagissez-vous à ce que je viens de vous présenter? », « Comment vous expliquez-vous (vos symptômes/les réactions de votre entourage/la façon dont vous avez agi) maintenant que nous en avons parlé? »), et répétez en reformulant si cela est nécessaire. Ce faisant, vérifiez qu'elle a bien saisi les nuances de l'information que vous lui avez transmise et surtout qu'elle ne parte pas de votre bureau en ayant de fausses impressions (« Mon thérapeute pense que ce qui m'est arrivé est de ma faute », « Le TSPT est un trouble permanent ou grave », etc.).

CHAPITRE 8

TRAVAILLER LES ÉMOTIONS ASSOCIÉES AU TSPT

Accompagner des victimes de traumatisme, c'est souvent côtoyer des extrêmes sur le plan émotionnel. En effet, les émotions peuvent être explosives ou, au contraire, tout à fait niées. Ainsi, certaines victimes sont souvent à fleur de peau en séance et ressentent très fortement de l'irritation, du désespoir, de la rage ou du découragement. D'autres vivent beaucoup de tristesse, de colère et d'amertume face à ce qu'elles ont vécu. À l'autre bout du spectre, certaines victimes se sentent plutôt émoussées émotionnellement, détachées, engourdies, dissociées. D'autres souffrent d'alexithymie et sont peu en contact avec leur monde affectif. Enfin, d'autres encore possèdent peu de vocabulaire émotionnel, comprennent peu ce qui leur arrive et sont incapables de l'exprimer.

Conséquemment, le thérapeute est souvent désarçonné par ces différences émotionnelles. Avec certaines victimes, il convient de favoriser le contact émotionnel, alors qu'avec d'autres, c'est plutôt la gestion des émotions qui semble appropriée. Dans un cas comme dans l'autre, il est essentiel de pouvoir travailler les affects en thérapie avec des victimes et, pour ce faire, de bien comprendre le rôle des émotions et les diverses étapes du processus émotionnel.

8.1 Le rôle des émotions

Il importe d'abord de bien comprendre la fonction des émotions en général pour bien travailler avec celles-ci de façon thérapeutique.

À ce sujet, Greenberg et Paivio (1997) mentionnent six rôles distincts joués par les émotions : 1) les émotions nous préparent à l'action (elles nous permettent de définir nos objectifs en nous indiquant ce qui est important pour nous) ; 2) les émotions sont adaptatives (elles nous permettent de détecter certains dangers et de nous en protéger) ; 3) les émotions influencent la mémoire et la pensée (elles influencent la prise de décision et nous permettent de choisir) ; 4) les émotions sont motivationnelles (elles mobilisent l'individu pour l'action dans le but d'atteindre un état émotionnel agréable) ; 5) les émotions sont une source d'informations (elles nous fournissent une rétroaction sur nos réactions et nous donnent surtout accès à nos interprétations de la situation, à nos besoins et à nos objectifs) ; et enfin, 6) les émotions sont une source de communication (elles nous permettent d'envoyer des messages de notre état aux autres).

Par conséquent, les émotions teintent la démarche thérapeutique, affectent la motivation ou maintiennent les symptômes post-traumatiques. Elles sont une variable incontournable du processus thérapeutique avec des victimes.

8.2 En quoi travailler les émotions peut-il aider la victime ?

Identifier les émotions en thérapie, encourager leur prise de conscience, leur acceptation et leur expression permet de favoriser l'*intégration émotionnelle* du traumatisme, ce qui aide à diminuer les symptômes post-traumatiques. En fait, afin de bien « digérer » l'événement traumatique, il importe de pouvoir identifier ce qu'il nous a fait vivre, d'exprimer et de partager avec quelqu'un comment on y a réagi émotionnellement, d'accepter ces nouvelles sensations et expériences émotionnelles. Une victime qui a peu accès à ce monde affectif méconnaît tout un pan de son monde intérieur et de son expérience traumatique, ce qui maintient souvent ses symptômes et sa détresse.

De plus, les habiletés émotionnelles de la victime sont nécessaires à l'efficacité des stratégies thérapeutiques. En effet, il peut être contre-productif sinon néfaste de demander à quelqu'un qui est peu en contact avec son expérience émotionnelle de faire des

stratégies d'exposition ou de parler directement du traumatisme. Comme thérapeutes, il est important de nous assurer que la personne devant nous peut doser le processus thérapeutique pour elle-même ou, à tout le moins, nous faire part de ce que cela lui fait vivre. Travailler avec une victime qui n'est pas en contact avec elle-même, qui anticipe peu une montée d'anxiété importante ou qui ne la ressent pas lorsque celle-ci se présente est dangereux. Cette personne peut alors vivre des épisodes dissociatifs, c'est-à-dire mettre en place des mécanismes primaires de protection d'une surdose émotionnelle. Il est donc important de s'assurer, avant de commencer certaines stratégies, que la victime peut ressentir ses émotions, les nommer, les accepter, se les approprier et les exprimer de façon adéquate et fonctionnelle. Un travail sur ce plan, préalablement aux autres stratégies ciblant spécifiquement le traumatisme, est souvent très important et favorise un travail thérapeutique efficace et sécuritaire.

Travailler à favoriser une bonne gestion émotionnelle aura également un impact positif sur les relations de la victime avec son entourage. Une meilleure gestion de l'anxiété ou de la colère ou une meilleure façon d'exprimer ses émotions risque d'améliorer ses relations sociales et peut diminuer certains facteurs de stress parallèles aux symptômes post-traumatiques.

Le travail des émotions constitue la « voie royale » aux cognitions qui y sont associées et qui maintiennent les symptômes post-traumatiques. Pouvoir faciliter le contact avec les émotions, c'est permettre à la victime d'être consciente de ce qui la dérange et d'avoir accès à des pensées qui maintiennent sa détresse. C'est donc faciliter le travail de restructuration cognitive. C'est favoriser l'accès à un monde sous-jacent riche qui est lié au maintien des symptômes post-traumatiques.

Enfin, se connecter empathiquement aux émotions de la victime aide à bien comprendre ses réactions très personnelles pendant le traumatisme et pendant sa récupération. Une telle attitude consolide fortement l'alliance thérapeutique : la victime sent que son thérapeute a saisi une partie intime, une partie essentielle d'elle-même. Votre intérêt et votre profond respect pour les émotions de votre patient renforceront son sentiment de légitimité

et d'indulgence envers lui-même, ce qui est en soi extrêmement thérapeutique.

8.3 Les étapes du processus émotionnel

Afin de bien participer au processus thérapeutique, la victime doit se sentir. De plus, pour pouvoir «intégrer» l'événement traumatique, elle doit comprendre, ressentir et accepter les émotions que cet événement lui a fait vivre. Pour ce faire, elle doit évoluer au sein d'un processus émotionnel. Diverses étapes jalonnent celui-ci. Vous trouverez à la page 165 un tableau, «Processus émotionnel», schématisant ces étapes.

1^{re} étape: Contact avec les sensations physiques associées à l'émotion. C'est la première étape de prise de conscience de ses émotions, celle du «laisser ressentir», c'est-à-dire laisser monter les sensations physiques liées à l'émotion. Être en contact avec la manière dont notre corps réagit et se rendre compte des signes d'une émotion sous-jacente: «J'ai une boule de stress dans la gorge», «Je suis tendue au niveau musculaire», «Je me sens crispé», «Je sens mon menton qui tremble», «J'ai un serrement au cœur», «Je me sens mal». Cette étape permet la prise de contact avec les sensations corporelles associées à l'émotion. C'est l'écoute de ce que le corps exprime.

2^e étape: Appropriation de ses sensations physiques et identification de l'émotion présente. Cette étape implique de mettre un nom sur la sensation physique ressentie, de se l'approprier («Cela m'appartient») et de nommer l'émotion sous-jacente: «J'ai une boule dans l'estomac parce que je suis anxieuse», «J'ai le menton qui tremble parce que je me sens triste». Cette étape nécessite une bonne maîtrise du vocabulaire afin de préciser le malaise diffus ressenti («Je me sens mal, bizarre, mon corps réagit de telle façon») en nommant l'état émotionnel spécifique sous-jacent («Je me sens coupable, triste, frustrée», etc.). Certaines victimes auront beaucoup de difficulté à s'approprier leurs émotions ou à les identifier. D'autres présenteront des maux somatiques qui traduisent corporellement l'émotion qui ne leur semble pas légitime ou qui n'est pas identifiée (vomissements, maux gastriques, maux de tête, irritabilité, etc.).

3^e étape : Acceptation de l'émotion. À cette étape, la victime se donne le droit de ressentir cette émotion (« C'est légitime que je me sente en colère », « J'ai le droit de me sentir triste »). C'est une étape de reconnaissance, d'indulgence et d'acceptation du processus émotionnel présent. Les conceptions négatives reliées aux émotions (blâme, jugement, préjugé, déni) affecteront négativement ce stade et empêcheront la poursuite du processus émotionnel.

4^e étape : Expression des émotions qui ont été ressenties, nommées et acceptées. Cette expression émotionnelle peut se manifester principalement de trois façons : 1) par l'expression émotionnelle (pleurer, crier, bougonner, rougir) ; 2) par la communication de son état aux autres (« Je suis triste », « Ce que tu m'as fait hier m'a blessé », « Je me sens frustré par la réponse de mon amie ») ; ou 3) par l'agir (appeler quelqu'un, casser un objet, s'isoler, écrire une lettre, etc.).

Donc, dans un monde idéal, nous ressentons corporellement la manifestation de nos émotions, nous nous les approprions et nous sommes capables de les identifier. Nous sommes aussi capables de les accepter pour ce qu'elles sont et de les exprimer convenablement en nous respectant et en respectant les autres.

Malheureusement, dans la vie quotidienne, ce processus est souvent interrompu par certains obstacles. En effet, plusieurs facteurs peuvent entrecouper ce processus émotionnel, c'est-à-dire empêcher certaines étapes ou en contrecarrer d'autres.

Obstacle à l'étape 1. La difficulté d'une victime à se laisser ressentir, à être en contact avec ses sensations physiques hypothéquera l'étape 1. Certaines personnes vont trouver l'inconfort physique ou la montée émotionnelle trop douloureuse et « empêcheront » la prise de conscience de ces sensations : elles utilisent alors le mécanisme de dissociation pour ne pas être en contact avec le malaise appréhendé. Ces victimes ont de la difficulté à être en contact avec leur monde intérieur et avec leur corps.

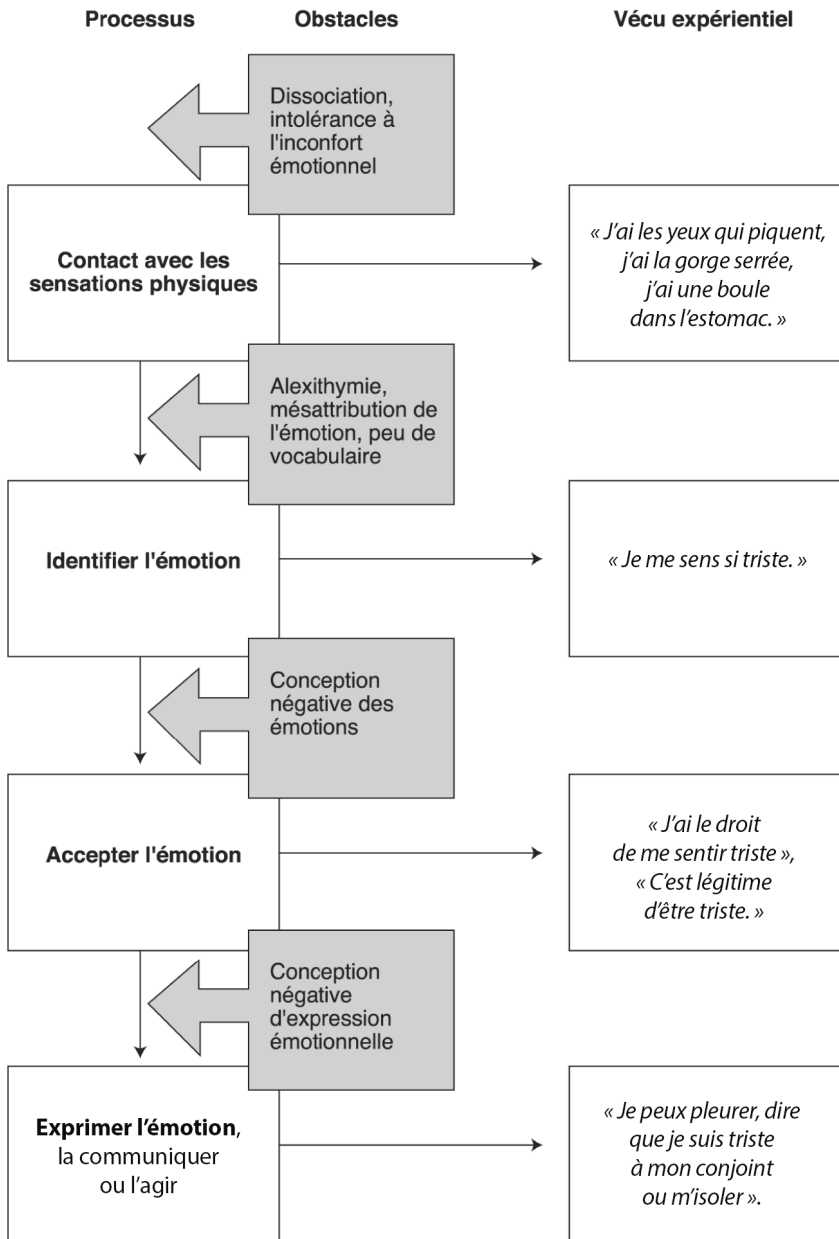
Obstacle à l'étape 2. La difficulté à s'approprier ses états émotionnels et à préciser la nature de ceux-ci peut hypothéquer l'étape 2. Ces victimes utilisent souvent des termes vagues ou des pronoms indéfinis (« on », « tu ») pour parler de leur émotion. Elles

ont de la difficulté à nommer l'émotion, elles manquent de vocabulaire pour ce faire et ont du mal à préciser certaines nuances émotives. « On se sent bien mal dans ce temps-là » ; « Tu n'es pas bien quand ça arrive » sont des exemples d'émotions qui ne sont pas appropriées et qui restent vagues et peu spécifiques.

Obstacle à l'étape 3. Les conceptions négatives reliées aux émotions vont, pour leur part, influencer négativement l'arrivée à l'étape 3. Ces victimes entretiennent de nombreux jugements négatifs face aux émotions. Elles peuvent être dures envers elles-mêmes, et leurs traits de personnalité ou les influences sociales ou culturelles affectent négativement leur vision de leur monde émotionnel. Les phrases « Être triste est un signe de faiblesse, c'est inacceptable », « Être en colère, c'est laid », « Je ne veux pas avoir peur, ça me fait honte d'avoir peur », « Je suis lâche de me sentir découragé » sont de bons exemples d'émotions qui ne sont pas acceptées par la victime. Elles sont considérées comme illégitimes ou comme des signes de faiblesse. Ces phrases résultent souvent de conceptions dures et dysfonctionnelles des émotions qu'il est souvent pertinent d'assouplir dans le cadre du processus thérapeutique.

Obstacle à l'étape 4. Enfin, certaines victimes ne se donnent pas le droit d'exprimer leurs émotions, ce qui va empêcher l'expression de l'étape 4. Elles peuvent avoir des difficultés à s'affirmer, à bien communiquer aux autres ce qu'elles vivent, avoir vécu de mauvaises expériences de communication ou posséder un réseau social inadéquat et offrant peu de soutien. Elles s'expriment souvent ainsi : « Je me sens extrêmement triste, mais personne ne va le savoir, car se confier est dangereux », « J'ai déjà été trahi dans le passé et depuis je mets un bouclier entre les autres et moi », « Exprimer ce qu'on ressent aux autres, c'est être vulnérable et jamais je ne me ferai blesser de nouveau ». Elles témoignent d'une conception très négative de l'expression émotionnelle et de blessures douloureuses antérieures liées à ce partage. Votre contact thérapeutique d'acceptation et de respect aura le pouvoir de panser ces blessures.

Processus émotionnel



8.4 Les objectifs thérapeutiques

La démarche thérapeutique post-traumatique vise la prise de conscience des états émotionnels. Elle cherche aussi à faciliter leur identification et leur acceptation. Enfin, elle représente une excellente occasion de favoriser l'expression des émotions associées aux symptômes post-traumatiques.

Ce travail doit précéder toutes les autres stratégies thérapeutiques. En effet, si la victime n'est pas en contact avec ses émotions, elle ne peut pas identifier les cognitions qui sont associées à sa détresse. Elle risque aussi de ne pas être en contact avec son anxiété ou sa détresse lors des exercices d'exposition, ce qui sabotera le processus thérapeutique. Enfin, elle est à risque de dissociation : ne se ressentant pas, elle pourrait ne pas se protéger d'éléments anxio-gènes, ne pas sentir sa détresse, ne pas doser son contact avec des éléments bouleversants et, donc, utiliser des mécanismes plus primaires (comme la dissociation) pour se protéger émotionnellement.

Le travail des affects aura également comme objectif de favoriser une gestion émotionnelle saine, qui améliorera les relations de la victime avec son entourage et favorisera une meilleure implication dans sa démarche thérapeutique. Enfin, tout ce travail vise à favoriser l'*intégration émotionnelle* du traumatisme.

Stratégies thérapeutiques émotionnelles : 10 étapes

Les étapes suivantes peuvent être utilisées afin d'aider la victime à mieux vivre le processus émotionnel.

1. Favorisez un climat thérapeutique sécurisant émotionnellement.
2. Favorisez le contact avec le corps.
3. Favorisez l'appropriation émotionnelle.
4. Favorisez l'identification émotionnelle.
5. Favorisez l'acceptation émotionnelle.
6. Identifiez les cognitions qui empêchent l'acceptation.
7. Identifiez les méta-émotions.
8. Analysez l'impact des émotions sur les symptômes post-traumatiques.
9. Permettez l'expression émotionnelle.
10. Favorisez une bonne gestion émotionnelle.

Choix des stratégies thérapeutiques en fonction des objectifs de traitement

Objectifs de traitement	Stratégies thérapeutiques
1) Faciliter le ressenti des émotions.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorisez un climat thérapeutique sécurisant émotionnellement. 2. Favorisez le contact avec le corps. <ul style="list-style-type: none"> • Utilisez des reflets des sensations physiques.
2) Faciliter l'identification et l'appropriation émotionnelle.	<ol style="list-style-type: none"> 3. Favorisez l'appropriation émotionnelle. 4. Favorisez l'identification émotionnelle. <ul style="list-style-type: none"> • Favorisez un discours personnalisé, avec proximité affective, et spécifique. • Utilisez des reflets d'émotions avancés. • Utilisez un vocabulaire précis.
3) Faciliter l'acceptation des émotions.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Favorisez l'acceptation émotionnelle. 6. Identifiez les cognitions qui empêchent l'acceptation. 7. Identifiez les méta-émotions. 8. Analysez l'impact des émotions sur les symptômes post-traumatiques. <ul style="list-style-type: none"> • Travaillez l'acceptation de soi et l'indulgence.
4) Faciliter l'expression des émotions.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Permettez l'expression émotionnelle. 10. Favorisez une bonne gestion émotionnelle. <ul style="list-style-type: none"> • Favorisez un climat thérapeutique permettant l'expression des émotions. • Faites de la psychopédagogie sur «exprimer» vs «agir» ses émotions.

8.5 Stratégies thérapeutiques émotionnelles : 10 étapes

1. Favorisez un climat thérapeutique sécurisant émotionnellement

Pour vous confier ses émotions, et pour être elle-même en contact avec celles-ci, la victime a besoin de sentir qu'elle peut vous faire confiance et que vous êtes vous-même à l'aise avec les émotions : à l'aise pour en discuter avec elle, à l'aise pour l'accompagner si elle désire les exprimer, et à l'aise avec vos propres émotions. Le climat se doit donc d'être sécurisant et réconfortant pour la victime, et propice à l'émergence émotionnelle. Plusieurs messages sont transmis grâce à ce climat : message d'acceptation inconditionnelle (« Tes émotions sont légitimes ») ; message d'importance

(« Tes émotions sont importantes et méritent que l'on s'y attarde »); et message de respect (« Je t'accueille comme tu es et tu y as droit »).

2. Favorisez le contact avec le corps

Afin de faciliter le contact de la victime avec son corps, le thérapeute peut utiliser les *reflets des sensations physiques*. Le reflet est un des outils thérapeutiques importants du travail avec les émotions. Cette intervention consiste à reprendre l'essentiel du message de la victime, mais à le lui renvoyer d'une manière plus concise, précise, avancée. Le but est de faire en sorte que la victime prenne conscience de quelque chose qui était hors de son champ expé-rientiel auparavant et qu'elle puisse progresser dans sa connaissance de soi. Tentez d'être toujours un pas devant la victime lorsque vous utilisez les reflets. Ceux-ci ne doivent pas être des « répétitions de perroquet » de ce qu'a dit textuellement la victime, mais plutôt préciser davantage le message sous-jacent.

Cette prise de conscience de la victime de ses sensations est facilitée dans l'ici et maintenant lorsque le thérapeute met en évidence les réactions physiques qu'il observe chez son patient : « Quand vous me parlez de ce sujet, votre voix se durcit », « Lorsque vous m'avez parlé de cette personne, vous vous êtes crispé », « Vous avez les yeux pleins d'eau quand vous me parlez de cet aspect de l'événement ». Ces reflets tentent de favoriser la prise de conscience de diverses sensations physiques qui seraient autrement ignorées par le patient. Ils visent à favoriser le contact entre le corps, les émotions et la conscience.

Parallèlement, le rythme et le climat au sein des séances facilitent grandement cette proximité avec l'émotion : laissez de la place à certains silences lorsque vous sentez le patient en proie à une émotion importante et permettez-lui de se connecter à celle-ci et de prendre son temps pour vous en parler. Vous pouvez aussi indiquer que quelque chose d'important se passe et qu'il peut être nécessaire que l'on s'y attarde (« Je te sens en détresse, veux-tu laisser cette émotion émerger ? », « Si on la laisse prendre sa place, de quoi a-t-elle l'air ? », « J'ai l'impression que tu vis des émotions douloureuses actuellement ; voudrais-tu me décrire ce que tu ressens ? »).

Pouvoir se centrer sur son expérience émotionnelle est un apprentissage. Par conséquent, il est possible d'apprendre à être davantage *conscient* et *en contact* avec ses états émotionnels. Des exercices d'auto-observation sont souvent très utiles pour développer cette habileté. Demandez à votre patient de prendre conscience de ses sensations physiques à des moments déterminés de la journée. L'objectif est de permettre aux victimes de développer leurs capacités à se connecter à leur corps et à ce qu'il ressent ou exprime (voir à la page suivante pour un exemple de cet exercice).

Il est également possible d'aider la victime à mieux tolérer les états émotionnels douloureux. Conseillez-lui de laisser monter les sensations physiques associées aux émotions, de les laisser prendre leur place et de tenter de les tolérer. Les émotions ne sont pas dangereuses. Elles peuvent être douloureuses, mais pas dangereuses. Tolérer ses émotions permet de les identifier, de mieux comprendre leur origine, prises de conscience essentielles, mais impossibles à faire si la victime a tout de suite tendance à les nier, à les mettre de côté ou à s'en distancier.

Exercice de prise de conscience émotionnelle

Consignes : Nous avons prévu ensemble trois moments par jour afin d’auto-observer ce que votre corps exprime. Lors de ces moments, notez ce que vous faites. Ensuite, prenez le temps de réaliser ce que vous ressentez comme sensations physiques et d’en prendre pleinement conscience. Notez où elles se situent dans votre corps, comment elles se manifestent et inscrivez aussi l’intensité du malaise engendré par ces sensations sur une échelle de 0 à 10 (0 = n’est pas du tout désagréable, 10 = extrêmement désagréable).

Jour/Heure	Ce que je fais	Mes sensations physiques: (lieu, sensation)	Intensité malaise
Jour: _____ _____ h _____ _____ h _____ _____ h _____ _____ h	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____/10 _____/10 _____/10
Jour: _____ _____ h _____ _____ h _____ _____ h _____ _____ h	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____/10 _____/10 _____/10
Jour: _____ _____ h _____ _____ h _____ _____ h _____ _____ h	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____/10 _____/10 _____/10
Jour: _____ _____ h _____ _____ h _____ _____ h _____ _____ h	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____/10 _____/10 _____/10

3. Favorisez l'appropriation émotionnelle

Certaines victimes auront beaucoup de difficulté à s'approprier leurs états émotionnels et utiliseront alors le « tu », le « on » ou le « ça » pour se détacher émotivement (« Tu te lèves un matin et tu te sens très moche », « On se sent mal dans ce temps-là », « C'est difficile à accepter, une situation pareille », « C'est très triste, ce qui arrive »).

Tentez de favoriser un discours personnalisé (« je ») de la part de la victime en utilisant des reflets : « Ce que vous me dites, c'est que vous vous sentez découragé quand vous vous levez le matin », « Vous vous sentez coupable dans ces moments-là », « Vous trouvez votre situation difficile à accepter », « Vous vous sentez triste actuellement », etc. Enfin, il peut être très profitable de leur refléter très empathiquement leur tendance à se distancier de leurs émotions en utilisant ces pronoms démonstratifs et pronoms personnels aux deuxième et troisième personnes. Encouragez-les plutôt à utiliser le « je » et à s'approprier leurs émotions.

4. Favorisez l'identification émotionnelle

À cette étape, il importe d'aider la victime à nommer son émotion avec le plus de précision possible. Tentez d'être spécifique émotionnellement pendant la séance, c'est-à-dire de préciser le plus possible l'émotion sous-jacente ressentie par le patient : être frustré, révolté, se sentir trahi ou impuissant sont des expériences très différentes et exigent une dénomination spécifique. Utilisez un vocabulaire nuancé et riche, qui permet de rendre compte des multiples facettes émotives. À ce sujet, vous trouverez à la page 173 un inventaire des émotions potentielles, qui pourrait vous aider en ce sens.

Utilisez des *reflets d'émotions* pour permettre de préciser l'expérience émotionnelle de la victime. Ainsi, par exemple, si la victime dit : « Je me suis senti bien mal », le thérapeute peut répondre : « Est-ce que vous diriez que vous vous êtes senti très vulnérable ? » Ou alors, si la victime affirme : « C'est dur à encaisser », le thérapeute peut préciser : « Ce que vous me dites, c'est que vous avez de la difficulté à accepter de vous voir diminué à cause de vos symptômes ? »

Utilisez aussi des *reflets-résumés* qui permettent de faire ressortir l'état émotionnel sous-jacent à un discours truffé de détails : « Ce que je note dans tout ce que vous me dites depuis tout à l'heure, c'est que vous vous sentez trahi par la vie », « Ce que vous me dites, c'est que vous vous sentez complètement impuissant face à ce qui s'est produit », « Vous avez tenté de réagir tout de suite et vous semblez vous blâmer de cette réaction ». N'oubliez pas que les reflets ne doivent pas être des répétitions mot à mot de ce qu'a dit textuellement la victime, mais plutôt lui renvoyer de façon plus précise l'essentiel de son message et lui permettre ainsi de prendre conscience d'une partie de son expérience qu'elle ne saisissait pas auparavant.

Certaines victimes ont beaucoup de difficulté à identifier et à nommer leurs émotions. Elles possèdent un vocabulaire restreint pour décrire les nuances émotives qu'elles vivent. Pour les aider à développer cet aspect, utilisez l'exercice du thermomètre (voir à la page 174). Il permet de préciser avec la victime différentes nuances d'une même émotion de base. Par exemple, pour l'émotion de tristesse, utilisez l'exercice du thermomètre pour définir avec la victime un continuum entre un état de sérénité considéré comme le niveau de base à 0 et une émotion extrême que vous situerez à 10 (p. ex. désespoir extrême). Ensuite, indiquez les divers niveaux intermédiaires (p. ex. 2 = morose, 3 = mélancolique, 4 = dysthymique, 5 = attristé, 6 = découragé, 7 = triste, 8 = déprimé) avec les sensations physiques qui leur correspondent. Précisez les différents niveaux avec la victime en utilisant des termes qui lui sont propres. Ensuite, demandez-lui de noter l'apparition de cette émotion sur une grille d'autoenregistrement quotidien.

Cet exercice vise à favoriser une meilleure prise de conscience et une meilleure identification des états émotionnels. Il sera aussi très utile pour pratiquer les stratégies de gestion des émotions. En effet, plusieurs victimes ont l'impression qu'elles sont calmes et qu'elles ressentent soudainement un état de colère (ou de tristesse) extrême et incontrôlable. En fait, il est beaucoup plus probable qu'elles passent par des stades intermédiaires dont elles ne sont pas conscientes. Or, pour mieux gérer nos émotions, nous devons

mieux nous ressentir et mieux les identifier. Nous verrons également combien il est important d'appliquer les stratégies de gestion émotionnelle à des niveaux *encore contrôlables*. Au niveau 10 (sur 10), aucune stratégie ne permet de diminuer son état émotionnel : il est beaucoup trop tard... Toutefois, prendre conscience que notre colère monte de 3 à 5, puis à 8 aide à mettre en place des stratégies qui ont la capacité d'interrompre la montée vers la rage (voir l'étape 10 ainsi que la section 8.7).

Inventaire des émotions potentielles

Vous trouverez ici un inventaire (non exhaustif) de certains états émotionnels regroupés sous trois principales catégories : la colère, la tristesse et la peur, et ce, en ordre croissant d'intensité. Vous pouvez utiliser ce tableau afin d'aider la victime à acquérir un vocabulaire plus varié face à son monde émotionnel. Évidemment, il faut noter que d'autres émotions (la culpabilité, la honte, l'amertume par exemple) ne s'y retrouvent pas, car elles comportent des spécificités à part.

<p style="text-align: center;">- - -</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Niveau d'intensité</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">+++</p>	Colère	Tristesse	Peur
	Agacé	Morose	Craintif
	Irrité	Mélancolique	Méfiant
	Frustré	Déçu	Se sentir vulnérable
	Cynique	Honteux	Anxieux
	Exaspéré	Coupable	Inquiet
	Révolté	Se sentant abandonné	Paniqué
	Indigné	Découragé	Alarmé
	Furieux	Abattu	Effrayé
	Agressif	Déprimé	Affolé
	Enragé	Désespéré	Terrifié

Exercice du thermomètre

Sensations physiques	Intensité de l'émotion 10/10	Pensées associées
<hr/> <hr/>	Intensité de l'émotion 8/10	<hr/>
<hr/> <hr/>	Intensité de l'émotion 6/10	<hr/>
<hr/> <hr/>	Intensité de l'émotion 5/10	<hr/>
<hr/> <hr/>	Intensité de l'émotion 4/10	<hr/>
<hr/> <hr/>	Intensité de l'émotion 2/10	<hr/>
<hr/> <hr/>	Émotion: <hr/>	<hr/>

5. Favorisez l'acceptation émotionnelle

La démarche thérapeutique vise aussi à favoriser des attitudes de compassion et d'empathie chez la victime face à elle-même, c'est-à-dire pour cette partie d'elle-même qui souffre, qui a peur, qui a honte. Nous tenterons de l'aider à entretenir de l'indulgence, de la bienveillance et une capacité de laisser monter, sans crainte et sans jugement, ses propres émotions.

Pour ce faire, vous pouvez discuter de votre vision du rôle des émotions et présenter des modèles sains d'empathie et d'indulgence envers soi-même. Vous pouvez également tenter d'identifier les obstacles qui contribuent à un refus et à un blâme de l'expérience émotionnelle (voir les prochaines étapes). Enfin, rappelons-nous que notre accueil et notre acceptation inconditionnelle des émotions de la victime favoriseront chez elle une internalisation de cette même attitude envers elle-même.

6. Identifiez les cognitions qui empêchent l'acceptation

Certains préjugés ou certaines conceptions de soi représentent des obstacles au processus émotionnel. Plusieurs victimes ne se donnent ainsi pas le droit de ressentir de l'impuissance, de la tristesse, de la vulnérabilité, de la confusion ou de la rage : « Ce n'est jamais bon de trop se centrer sur ses émotions, on s'écoute trop de nos jours », « Si j'accepte ma colère, je vais devenir violent », « J'ai pas vraiment le droit de me sentir comme ça, il y a des gens qui vivent des choses bien pires », « Je me refuse à accepter que j'aie peur, c'est indigne de moi ».

D'autres cognitions empêchent l'expression et le partage des états émotionnels avec l'entourage : « Les hommes ne doivent pas pleurer, surtout pas devant une femme », « J'aime pas me complaire dans le côté victime », « Personne ne pourrait me comprendre, alors j'aime mieux rester seul », « Quand on parle de ses problèmes, les autres nous jugent comme des êtres faibles ».

Malheureusement, cette fermeture renforce les symptômes post-traumatiques de la victime : elle ajoute du blâme ou de la dévalorisation à des émotions légitimes et accentue sa solitude.

Des notions de psychopédagogie sont souvent très utiles pour restructurer ces conceptions par rapport aux émotions. Ainsi, il

peut être important de préciser qu'il y a une grande différence entre «se complaire dans la victimisation» et «pleurer sainement une blessure douloureuse». Il est aussi important de mentionner qu'il n'est effectivement pas sain de ne nous centrer que sur nos émotions pour agir ou prendre des décisions. Néanmoins, il paraît opportun de nous centrer sur nos émotions pour comprendre nos réactions, nos besoins et nos objectifs, ce qui peut alors nous aider à faire les bons gestes.

7. Identifiez les méta-émotions

Les méta-émotions sont aux émotions ce que les métacognitions sont aux cognitions : des émotions sur des émotions. Et toutes les combinaisons sont possibles. Ainsi, certaines personnes se sentent en colère d'être tristes... ou en colère d'avoir peur. D'autres auront peur de leur colère ou auront peur d'être tristes... D'autres encore peuvent se sentir tristes de ressentir des sentiments de vengeance ou d'être si vulnérables.

Il importe de refléter à notre patient la *méta-émotion qui est exprimée puisqu'elle l'empêche d'accepter son émotion primaire*. Ensuite, il est intéressant d'en identifier la source. Se pourrait-il que des expériences passées négatives favorisent cette méta-émotion ? Par exemple : «J'ai peur d'être triste ; pour moi, être triste, c'est être comme ma mère qui a été déprimée toute sa vie, qui nous a rendu la vie impossible et qui a fini par se suicider quand j'avais 18 ans.» Cette personne pourrait donc craindre la tristesse, ce sentiment étant associé à des souvenirs très douloureux et confondu avec la dépression.

D'autres cultivent une certaine émotion parce qu'elle leur permet de ne pas être en contact avec des émotions sous-jacentes plus douloureuses : «J'aime mieux être en colère que d'être triste, c'est pas vrai qu'ils vont avoir eu le dessus sur moi», «J'aime ça, mes sentiments de vengeance, ça me donne l'impression d'être en contrôle et de ne pas être en contact avec mon impuissance», «J'ai tendance à me sentir coupable plutôt que d'être agressive envers les autres ; je retourne la colère contre moi», «On dirait que je cherche à me sentir déprimée pour me punir de ce qui est arrivé», etc.

À ce sujet, il peut arriver que certaines personnes entretiennent certaines émotions comme *fonction expiatoire*. La dépression ou la honte servent alors à les punir d'une faute qu'elles considèrent avoir commise et qu'elles pensent devoir payer. Les symptômes post-traumatiques et les émotions qui les accompagnent sont perçus comme un châtement qu'il faut tolérer (sinon entretenir) pour réparer une inconduite. Le thérapeute se trouve alors face à une victime qui vit des symptômes de culpabilité, de honte ou de dépression maintenus par une fonction punitive sous-jacente. Il est donc très important d'explorer les méta-émotions chez nos patients et d'identifier la *fonction* de celles-ci par rapport au processus émotionnel. Tentez de reconnaître avec la victime les enjeux et le rôle de certaines émotions par rapport à d'autres et les conséquences de celles-ci sur son bien-être psychologique (voir aussi les sections 8.2 et 14.8).

8. Analysez l'impact des émotions sur les symptômes post-traumatiques

Les états émotionnels influencent grandement les symptômes post-traumatiques, et ce, de plusieurs façons. D'abord, certaines émotions vont *maintenir sinon aggraver la détresse post-traumatique*. Ainsi, la honte ou la culpabilité teintent la mémoire traumatique d'une valence très négative, ce qui maintient l'évitement de ces souvenirs et favorise les symptômes envahissants. Une victime qui a honte de ce qui s'est passé évitera de toutes ses forces de parler, de se souvenir des événements traumatiques ou de les décrire, ce qui renforce le TSPT.

Ensuite, les états émotionnels influencent fortement les *relations de la victime avec son entourage*. Une victime déprimée ou enragée provoquera des réactions très différentes chez ceux et celles qui l'entourent : compassion, colère, distance, indifférence, entraide, etc. Or, les études ont démontré que la qualité du soutien social influence fortement la récupération post-traumatique (voir la section 4.3). Par conséquent, les états émotionnels de la victime influencent la qualité du soutien social qu'elle recevra, ce qui aura un impact sur sa récupération post-traumatique par la suite. Certaines se sentent ainsi si honteuses et coupables qu'elles couperont leurs relations sociales et s'isoleront, ce qui risque d'aggraver leur détresse et leur symptomatologie.

Parallèlement à cela, la littérature scientifique démontre clairement combien les *états émotionnels entretiennent une relation bidirectionnelle avec les cognitions* : d'une part, les cognitions entraîneront certaines émotions, d'autre part, les états émotionnels influenceront l'interprétation des situations et les modes d'adaptation à celles-ci. Par conséquent, les états émotionnels de la victime influenceront son analyse de l'événement, teinteront son interprétation de ses symptômes et nuanceront sa perception de sa démarche thérapeutique et de sa récupération.

Enfin, les états émotionnels de la victime vont avoir un impact sur ses capacités à profiter de la thérapie. En effet, certaines victimes sont tellement déprimées et découragées qu'elles n'ont pas la concentration nécessaire pour identifier leurs pensées dysfonctionnelles et effectuer des exercices de restructuration cognitive. D'autres se sentent tellement coupables qu'elles hésitent à partager leur expérience traumatique, ce qui contribue parfois à maintenir les symptômes. D'autres encore sont tellement en colère ou ne veulent tellement pas entrer en contact avec leur peur ou leur anxiété qu'elles rendent inopérants les exercices d'exposition.

Bref, il importe d'identifier avec la victime l'impact des émotions sur son réseau social, son interprétation des choses et sa capacité à profiter de la démarche thérapeutique afin de contrer les effets aggravants des états émotionnels sur la symptomatologie post-traumatique.

9. Permettez l'expression émotionnelle

Avertissez la victime qu'il y a de la place dans le processus thérapeutique pour des manifestations émotives et qu'elle peut les exprimer si elle en ressent le besoin : permettez-lui de pleurer, de rester silencieuse ou de parler fort, et profitez de cette proximité affective pour préciser l'émotion vécue.

Favoriser une certaine expression émotionnelle est important thérapeutiquement, car cela permet de *remettre en question plusieurs croyances douloureuses face aux émotions*. La victime réalise ainsi que « pleurer devant quelqu'un n'est pas inacceptable », que « si je suis en contact avec une émotion, je ne vais pas m'effondrer », que « si je parle de ma colère, je ne vais pas devenir automatiquement

violent et perdre le contrôle de moi», que «la personne en face de moi peut maintenir la relation sans me rejeter, même si j'ai beaucoup pleuré», etc.

Il est parfois difficile pour certaines victimes de se permettre d'exprimer certaines émotions. En effet, elles peuvent se sentir «laidés», «méchantes» ou alors «faibles» dans cette expérience. De plus, certaines émotions sont encore trop souvent associées au sexe de la victime. Socialement, on s'attend souvent à ce que les hommes démontrent de la colère, alors que la culpabilité semble davantage une émotion féminine. Permettez à la victime d'exprimer toute la gamme des émotions, et ce, sans aucun préjugé ou jugement.

D'autres victimes ont de la difficulté à exprimer leurs émotions à leur entourage de façon saine : elles sont maladroités, trop directes, blâment les autres ou sont trop «floues». Des stratégies de saine communication et de saine affirmation de soi ainsi que des jeux de rôle pourront être utilisés avec elles afin de les aider à mieux partager ce qu'elles vivent avec les autres.

Quelquefois, les émotions face à l'agresseur, à la vie ou à Dieu sont tellement fortes ou vous semblent tellement liées à la détresse de la victime qu'il sera approprié de leur laisser une place toute particulière. Pour ce faire, utilisez la stratégie de la lettre : «Lettre à Dieu» ou «Lettre à mon agresseur». Demandez à la victime d'exprimer ce qu'elle ressent intimement. Puis, demandez-lui de la lire à voix haute en entrevue afin de l'accompagner dans ce travail très émotif. Elle pourra décider ce qu'elle désire en faire par la suite : la brûler, l'enterrer, la déchirer, l'envoyer, la détruire ou la lire à des proches. Quoi qu'il en soit, cet exercice représente souvent une occasion pour mettre des mots sur une émotion difficile, pour exprimer ses idées de façon plus claire et directe et pour se sentir accueillie et validée de façon inconditionnelle.

Enfin, il est essentiel de préciser à la victime que *vivre* une émotion et *agir* est très différent. Précisez avec elle ce qui peut constituer une expression émotionnelle acceptable et saine. Prenez en considération les droits des autres autant que ceux de votre patient dans une approche de respect commun. L'objectif thérapeutique est de favoriser l'expression émotionnelle, certes, mais avec maturité, retenue et respect de soi et d'autrui.

10. Favorisez une bonne gestion émotionnelle

Une fois que les émotions associées aux symptômes post-traumatiques sont identifiées, que la victime se les est appropriées, il reste à favoriser une bonne gestion émotionnelle. Gérer ses émotions ne veut pas dire les contrôler. Il s'agit plutôt du processus permettant une saine reconnaissance, une saine identification et une saine expression émotionnelle. Cela implique aussi la mise en place de mécanismes de qualité de vie qui permettent de prendre soin de soi émotionnellement.

Prendre soin de soi émotionnellement est le prolongement comportemental d'une attitude de compassion, de bienveillance, d'accueil face à soi-même. Ce sont des gestes posés afin de se ménager émotionnellement. Cela implique, par exemple, de se dire qu'on est trop triste pour faire le ménage et qu'on choisit plutôt une activité plaisante. Ou on se permet d'appeler une gardienne pour s'occuper des enfants, histoire d'aller nager quelques heures pour diminuer sa frustration. Ou encore, on se donne le droit de ne pas s'occuper de ses pensées dévalorisantes pour atténuer sa culpabilité ou sa honte. Bref, cela désigne toutes les petites attentions que l'on peut s'accorder afin de diminuer notre submersion émotionnelle et mieux digérer, prendre du recul, assimiler doucement la situation. Cela demande évidemment de reconnaître et d'accepter ses émotions comme légitimes. Attention, cela ne signifie pas non plus de régenter tout le monde autour de soi et d'exiger que l'on devienne le point d'intérêt de tous, tout le temps...

Bien gérer ses émotions veut aussi dire pouvoir identifier l'impact de nos émotions sur nos comportements et nos relations avec les autres et pouvoir s'autoapaiser si on le juge approprié; ne pas se laisser consumer par certaines émotions, mais pouvoir les comprendre, les ménager, les vivre sans qu'elles nous détruisent ou détruisent les autres (voir la section 8.7).

8.6 La dissociation: un état à respecter et à apprivoiser

Un événement traumatique est par essence même un choc pour le système psychologique de l'individu. Ce choc est parfois si brutal que certaines victimes utilisent la dissociation pour ne pas être en contact avec des émotions submergeantes et trop douloureuses.

La dissociation consiste en une altération des fonctions d'identité ou de perception de son environnement. Dans cet état, la victime peut avoir l'impression que le temps passe plus vite ou plus lentement, se sentir dépersonnalisée (ne se sent pas elle-même), penser que ce qu'elle vit est irréel, avoir une perception altérée de son environnement (déréalisation) ou se sentir déconnectée ou confuse.

Certaines victimes qui ont vécu des expériences traumatiques (particulièrement sexuelles dans l'enfance) ont eu recours à ce mécanisme de défense dans le passé. Il leur a permis de se protéger émotionnellement d'un trauma horrible, innommable, alors qu'elles possédaient peu d'habiletés verbales adultes pour le comprendre et le partager. Lors d'un traumatisme adulte, elles auront de nouveau recours à ce mécanisme pour se protéger des émotions que le trauma provoquera et se couper des sensations qui y sont associées. Plusieurs études ont démontré une relation entre le fait d'avoir été victime d'abus sexuels dans l'enfance et les symptômes dissociatifs (voir les références en fin d'ouvrage). De plus, on a aussi très souvent observé de tels symptômes chez des victimes adultes ayant vécu d'autres types de traumas. Des recherches ont aussi établi une relation entre la présence de dissociation et des symptômes post-traumatiques plus sévères par la suite.

Que faire lorsque notre patient présente d'importants symptômes de dissociation pendant le processus thérapeutique? Une des premières stratégies à adopter consiste d'abord à renforcer le sentiment de sécurité et de réalité de la victime. Favorisez un contact visuel avec elle afin de l'aider à maintenir le contact avec la réalité. Plusieurs suggèrent aussi d'adopter un ton de voix chaleureux et ferme, qui offre un « ancrage » à la réalité (voir les références pour techniques d'ancrage en fin d'ouvrage). Des stratégies de relaxation peuvent aussi être utiles, mais il importe de vérifier qu'elles renforcent le sentiment de contrôle du patient et non une anxiété ou une régression encore plus grande.

Tentez de prévenir la victime des possibilités de dissociation et proposez-lui de vous avertir le plus tôt possible lorsqu'elle sent qu'elle peut dissocier. Faites-lui savoir que vous allez respecter cet état et que vous suivrez son rythme si elle vous avertit qu'elle

trouve certaines stratégies trop menaçantes pour elle. Il est important ici de faire en sorte que la victime connaisse mieux ses états émotionnels et soit davantage capable de ressentir ses fluctuations d'anxiété, afin de mieux doser son exposition à des stimuli évoquant trop de détresse. Elle pourra ainsi mieux discuter de ce qu'elle ressent, comprendre ce qui la bouleverse, doser sa montée de détresse en prenant davantage soin d'elle.

Identifiez avec la victime quelles sont les situations qui semblent « dangereuses » pour elle et qui peuvent l'amener à utiliser la dissociation. Il s'agit ici d'observer et d'identifier les déclencheurs d'une montée émotionnelle intense (peur, horreur, sentiment de vulnérabilité) qui pourrait être à la source de la dissociation. Ensuite, discutez avec elle de ses craintes par rapport à la montée émotionnelle et, si nécessaire, restructurez certaines pensées irrationnelles (« La souffrance va être tellement grande que je vais m'effondrer à jamais », « Je vais devenir folle », « C'est dangereux pour moi de penser à certaines choses », « C'est au-delà de mes forces, je ne serais pas capable », etc.). Augmentez aussi son sentiment de contrôle face à certaines émotions ou à certains stimuli afin que d'autres solutions au processus de dissociation soient possibles. Une autre stratégie potentielle consiste à demander à la victime d'imaginer son propre endroit sécurisant. Vous pourrez lui demander de retourner à cette scène apaisante si vous sentez trop de détresse de sa part.

En fait, la dissociation est un état qu'il faut respecter et apprivoiser lentement : il s'agit d'un mécanisme de défense primaire qui dénote une grande détresse intérieure. Le thérapeute d'expérience tentera de contrôler la « régression », c'est-à-dire le retour vers l'expérience traumatique ou le contact avec des émotions douloureuses, afin de maintenir le contact avec la réalité et le sentiment de contrôle et de sécurité de son patient. C'est là tout l'art thérapeutique...

Toutefois, il faut souligner que *ce n'est pas parce qu'on sait traiter qu'il faut absolument traiter*. Ainsi, il peut arriver qu'avec certaines victimes trop fragiles, qui possèdent un lourd passé traumatique peuplé d'épisodes dissociatifs, il soit plus sage de mettre de côté le travail post-traumatique afin de plutôt se centrer sur l'amélioration de la qualité de vie au quotidien. Il importe, d'abord, de ne pas

nuire... (À ce sujet voir les sections 11.8 et 14.4, ainsi que les travaux de Linehan, et ceux de Page. Vous trouverez aussi de nombreuses références associées à ce thème [dont les travaux de Kédia; de Fouques; et de Smith] dans la section Chapitre 1 des références en fin d'ouvrage.)

8.7 La colère post-traumatique envahissante : tout un défi pour le clinicien

Lorsqu'elles pensent à ce qui leur est arrivé ou aux conséquences de l'événement (séparation conjugale, perte de salaire, critiques de la part du milieu de travail, etc.), certaines victimes vivent énormément de colère, de rage, de révolte, d'amertume. Si cette colère a souvent des fonctions légitimes, si elle peut être un catalyseur de changement, elle a aussi parfois des conséquences graves sur la détresse et le processus thérapeutique : elle encourage les *flash-back* et les ruminations de l'événement, aggrave l'irritabilité, provoque des gestes agressifs ou hostiles, entretient des fantasmes de vengeance, ce qui affecte négativement les relations sociales et isole gravement la victime. De plus, elle crée une détresse intense, et la victime semble se consumer intérieurement de révolte ou de haine. Enfin, cette colère insatiable peut affecter la démarche thérapeutique puisque les séances deviennent des exutoires et que tant le patient que le thérapeute se sentent impuissants à canaliser ou à apaiser cette rage.

Cette colère, qui peut se muer en amertume, en cynisme, en rage, et même en agressivité, constitue un défi de taille pour le clinicien. Comment articuler le travail de la colère chez une victime de traumatisme ? Notons bien ici que l'objectif n'est pas d'écraser la colère, mais plutôt de faire en sorte qu'elle soit moins submergeante, moins incapacitante pour la victime et son entourage, et mieux exprimée. Pour ce faire, certaines stratégies sont très utiles :

Établissez un climat propice à l'émergence de cette émotion. Le patient doit sentir qu'il peut parler de cette émotion en thérapie avec vous : vous ne considérez pas cette émotion de façon personnelle, vous n'en avez pas peur, vous pouvez l'envisager comme levier de changement. Évidemment, il va de soi que des comportements agressifs et ouvertement hostiles à votre égard ne doivent pas être tolérés.

Tentez de bien comprendre les causes et les fonctions de cette colère. La colère, la rage, le désir de vengeance, la haine et la révolte sont souvent des tentatives de reprendre le contrôle et d'améliorer son estime de soi. Un travail d'introspection s'avère nécessaire pour bien saisir les fonctions de ces émotions pour une victime en particulier. Est-ce une tentative de reprendre le contrôle, de regagner un sentiment de dignité parce que l'impuissance est trop insupportable? Cela sert-il à lui redonner un sentiment de pouvoir devant une situation d'humiliation vis-à-vis de lui-même? Est-ce pour contrecarrer une grave blessure narcissique douloureuse? Identifiez aussi les blessures et les humiliations antérieures associées au trauma et qui contribuent à cette colère. Le travail thérapeutique exige alors de reconnaître ces expériences douloureuses et de faciliter leur assimilation afin de permettre l'intégration émotionnelle de la colère actuelle.

Dressez une liste des coûts-bénéfices de la colère. Cette liste permet de prendre conscience que même si la colère offre un sentiment temporaire positif de puissance ou de contrôle, elle nuit profondément à long terme. Une telle liste des inconvénients personnels de cette colère peut contribuer à mettre en évidence l'inutilité de celle-ci, les conséquences néfastes au quotidien et la nécessité d'assouplir certaines attentes (légitimes mais quelquefois irréalistes) face à la vie (« C'est injuste, ça ne devrait pas se passer ainsi », « Je mérite une réparation », « La vie doit me ménager désormais », etc.). Il sera aussi important de préciser avec la victime les fonctions personnelles (ou les gains secondaires) de cette colère : représente-t-elle une façon de panser la blessure narcissique? Est-ce une tentative maladroite de reprise de contrôle? Est-elle plutôt utilisée pour ne pas être en contact avec l'anxiété ou la peur?

Cet exercice permettra à la victime de réaliser que sa colère ne sert plus son objectif initial, qui est de la protéger, d'exprimer une opposition ou de changer les choses. En effet, elle réalise alors que la personne qui souffre le plus de cette colère est d'abord elle-même. Entretenir de l'amertume, de la haine ou du cynisme est extrêmement désagréable et nuit à sa récupération. Cette colère se retourne ainsi d'abord contre elle et éloigne souvent les autres. Le défi thérapeutique est donc, par conséquent, de positionner un

objectif personnel qui est d'atteindre un mieux-être, lequel est incompatible avec un état chronique de colère et de rage.

Favorisez l'appropriation par la victime de ses émotions de colère. Plutôt que « Il m'a mis en rogne! », « Elle a le don de me faire exploser », il s'agira ici de parvenir à une saine responsabilisation de cette émotion et des actes qui en découlent : « Je me sens très en colère », « J'ai perdu le contrôle injustement », etc. Cette étape peut aussi permettre à la victime d'accepter qu'elle est en colère, qu'elle y a droit, mais qu'elle est responsable de ce qu'elle en fait. Le travail des émotions de honte et de culpabilité face à des gestes impulsifs et son impression d'être « indigné », « méchante » peuvent être très réparateurs.

Facilitez l'identification en temps réel de la montée de colère. Cette étape consiste à aider la victime à mieux reconnaître et à mieux évaluer (sensoriellement, émotivement, cognitivement et comportementalement) la montée de sa colère. Plusieurs personnes ont l'impression qu'elles passent sans avertissement d'un état de calme à un état de rage absolue. Or, pour mieux gérer cette rage, il sera nécessaire d'être davantage en contact avec les *sensations physiques des niveaux intermédiaires* de ces émotions. Certaines victimes s'interdisent d'être en colère, d'être révoltées ou d'entretenir des idées de vengeance contre l'agresseur, la vie ou la société. Elles ressentent un sentiment trouble « d'identification à l'agresseur », c'est-à-dire un état où elles se sentiront aussi méchantes, viles, destructrices que lui. Ce sentiment est extrêmement dérangeant et pourra être évité le plus possible par plusieurs. La révolte sera niée mais vécue de façon déguisée dans une irritabilité constante au quotidien, dans des gestes d'autosabotage en retournant leur colère contre elles (sous forme de culpabilité ou d'automutilation) ou en explosant soudainement dans des crises de rage extrêmes, déclenchées par des événements anodins.

L'exercice du thermomètre pourrait aider votre patient à mieux : 1) nommer ses émotions liées à la colère, 2) évaluer leur intensité, 3) identifier ses sensations physiques associées, 4) prendre conscience de ses autoverbalisations, et 5) définir des stratégies de désamorçage utiles.

1. La première étape consiste à compléter *le bras central du thermomètre* en développant un vocabulaire spécifique pour les diverses émotions de colère selon leur niveau d'intensité.

2. Ensuite, il s'agira de compléter à gauche les sensations physiques associées à chacun des niveaux, et ce, de façon personnalisée à votre patient.

3. Le travail suivant consistera en l'identification à droite des cognitions liées à la colère. Pour plusieurs patients, la question est souvent: «Comment et quand vais-je pouvoir défouler ma colère?» Or, la véritable question est plutôt: «Comment se fait-il que j'accumule tant de rage intérieure?» Il est donc essentiel de positionner la colère comme découlant d'interprétations personnelles de la situation. Quelles sont les cognitions qui renforcent cette colère? Afin de faciliter l'identification de ces cognitions, demandez à la victime d'écrire *ses autoverbalisations* présentes lors d'une montée de colère. Cet exercice vous permettra d'identifier plusieurs distorsions cognitives qui encouragent la montée de la rage et plusieurs conceptions dysfonctionnelles du rôle supposé de la colère. Ainsi, pour plusieurs, les gestes violents constituent une façon appropriée de reprendre le contrôle, alors qu'en fait il s'agit souvent d'une perte de contrôle de soi... Certaines victimes laissent ainsi des situations ou des gens prendre beaucoup d'importance dans leur vie et leur accordent beaucoup de pouvoir: le pouvoir de les enrager, de gâcher leur journée et leur humeur, d'accaparer leur esprit, etc. Elles permettent ainsi à l'autre ou à la situation de les mettre en colère, ce qui aggrave leur détresse post-traumatique. Ces victimes voient souvent les relations sociales en termes dichotomiques de gagnant-perdant, agresseur-victime, fort-faible, et considèrent que le fait de ne pas répondre agressivement est un signe de faiblesse ou de lâcheté. Or, maîtriser sa violence demande beaucoup plus de force, de courage et de maturité que de se laisser aller. D'autres interprètent facilement les gestes d'autrui comme de la provocation ou des gestes d'humiliation et considèrent qu'ils «doivent laver leur honneur». Ce travail thérapeutique permettra d'identifier les conceptions, les pensées qui contribuent à maintenir la rage post-traumatique.

Enfin, dans les cases ombragées à droite du thermomètre, encouragez votre patient à préciser les *stratégies de désamorçage* et qui lui permettraient de diminuer son niveau d'irritation, de tension, de frustration. Mettez en évidence que celles-ci doivent être plus puissantes, plus la colère est intense... Ainsi, des stratégies de respi-

ration ou de distraction, des changements sur le plan des autoverbalisations sont possibles à un niveau d'intensité léger ou moyen, mais des stratégies d'expression émotionnelle ou de retrait temporaire sont à prévoir à des stades d'intensité supérieurs (à 10/10 de colère, plus rien ne fonctionne, à part sortir de la situation).

Lorsque la victime sent que son niveau de colère monte, elle doit être attentive à son « thermomètre intérieur » pour bien prendre conscience de cette montée. À chacune des montées de colère, elle doit appliquer des stratégies pour tenter de contrer cette ascension. À ce sujet, nous pouvons nous inspirer des travaux de Meichenbaum, qui a développé un entraînement à l'inoculation du stress qui permet au patient colérique de mieux gérer sa colère à l'aide d'autoverbalisations. Ces dernières visent une meilleure adaptation à la situation potentiellement colérique et une modification du discours intérieur de la victime afin qu'il devienne plus apaisant et positif.

- **Pour se préparer à la confrontation :**

- « Cette situation risque de me bouleverser, mais je sais comment y réagir. »

- « Essaie de ne pas prendre cela trop au sérieux. »

- « Prends le temps de prendre une respiration profonde, et relaxe. »

- « C'est facile, et souviens-toi de garder ton sens de l'humour. »

- **Pendant la confrontation :**

- « Reste calme, continue à relaxer. »

- « Ce n'est pas la fin du monde, je suis seulement frustré. »

- « Tu n'as rien à te prouver et cela ne donne rien d'être enragé. »

- « Mes muscles sont tendus. C'est le temps de me relaxer. »

- « Je ne peux pas m'attendre à ce que les gens agissent exactement comme je le veux. »

- « Essaie de te raisonner. Traite les autres avec respect. »

- **Après la confrontation :**

- *S'il y a eu une bonne résolution du conflit :*

- « J'ai bien géré cette situation. Ça a marché ! »

- « Cela n'a pas été aussi difficile que je le pensais. »

- « J'aurais pu être plus bouleversé que cela. »

«J'agis de façon de plus en plus appropriée chaque fois.»

• *S'il n'y a pas eu une bonne résolution du conflit :*

«Ce sont des situations difficiles et cela prend du temps pour apprendre à gérer sa colère.»

«Plus je vais le pratiquer, meilleur je vais être.»

«Peut-on rire de cette situation? Ce n'est probablement pas si grave.»

«Ne prends pas cela trop personnellement.»

Parallèlement aux autoverbalisations, la personne doit aussi appliquer des *stratégies de désamorçage*, et ce, le plus précocement possible. Il importe que cela ne soit pas perçu comme de la lâcheté ou de la fuite, mais plutôt comme une prise de contrôle et de courage.

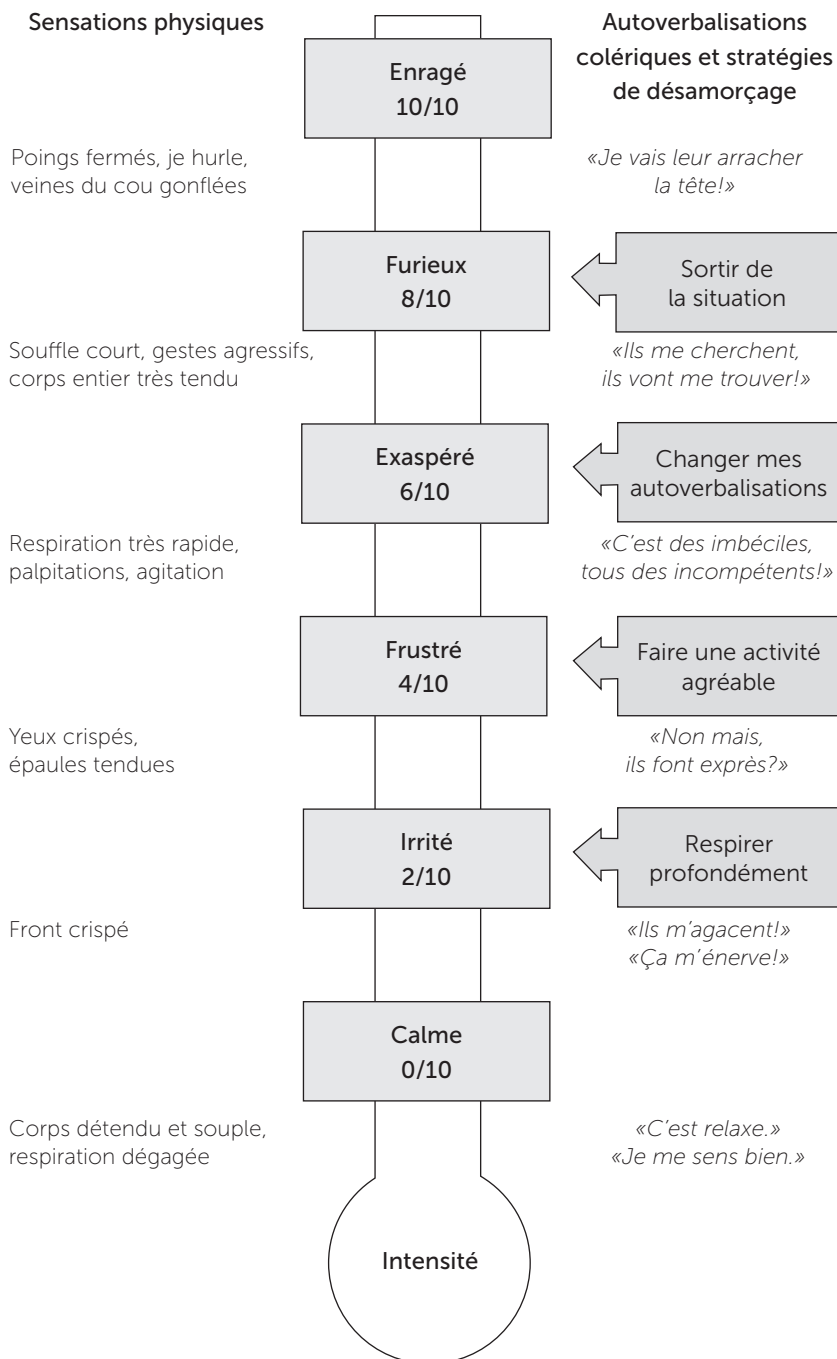
Exemples de stratégies de désamorçage

- Dire à l'autre qu'on est en colère et qu'on a besoin d'un moment pour se calmer.
- Dire que l'on va continuer la conversation plus tard.
- S'isoler et écouter de la musique préalablement choisie.
- Écrire en direct ce que cette situation nous fait vivre, ce que nous aimerions que l'autre comprenne.
- Faire des exercices de respiration diaphragmatique.
- Lire un texte préalablement choisi ou lire un texte écrit de soi à soi en sachant qu'il sera lu lors de la crise.
- Se souvenir que la colère résulte souvent d'une perception de non-respect ou d'humiliation qui n'est pas toujours objective.
- Se rappeler que la montée de colère peut découler de situations passées qui nous appartiennent.
- Faire une activité agréable (regarder la télé, prendre un bain, lire un livre humoristique, etc.) ou carrément défoulante (partir jogger, crier dans une voiture, pleurer un bon coup dans un parc, etc.).
- Se féliciter d'être sorti de la situation et de ne pas s'être emporté.
- Juguler cette colère et cette révolte en action positive, en changement personnel ou social.

Exercice d'identification des indices précurseurs et de gestion de la colère

Sensations physiques	Émotion: _____	Autoverbalisations colériques
_____		_____
_____		_____
_____		← Désamorçage: _____
_____		_____
_____		← Désamorçage: _____
_____		_____
_____		← Désamorçage: _____
_____		_____
_____		← Désamorçage: _____
_____		_____
_____		← Désamorçage: _____
_____		_____
_____	Intensité	_____

Exemple d'exercice rempli de gestion de la colère



CHAPITRE 9

TRAVAILLER LES PENSÉES ASSOCIÉES À LA DÉTRESSE POST-TRAUMATIQUE

«Je ne veux pas retourner dans une banque, je suis sûre que c'est trop dangereux!», «Je suis lâche d'avoir couru hors de l'immeuble en feu», «J'ai trop de symptômes post-traumatiques, je ne m'en sortirai jamais», «Mes amis me trouvent sûrement bizarre ces temps-ci», «Je suis incapable d'accepter cette agression, cela bouleverse complètement ma conception de la nature humaine».

Vivre un événement traumatique, c'est souvent sentir sa vision du monde et de la vie basculer. C'est considérer les situations de la vie quotidienne comme des menaces réelles. C'est aussi interpréter ses actes et ses symptômes de façon négative, dévalorisante. Enfin, c'est souvent surestimer le risque de revivre un tel événement.

Le clinicien est fréquemment démuni devant ces interprétations et ce bouleversement profond des croyances fondamentales. Il pressent que ces perceptions sont liées à la détresse de son patient et à ses symptômes post-traumatiques, mais il peut avoir de la difficulté à comprendre comment. Les phrases sécurisantes, la réassurance ou la psychopédagogie n'y changent souvent rien : les victimes restent convaincues de leurs perceptions. Comment évaluer si leurs cognitions maintiennent effectivement leurs symptômes? Et si c'est le cas, comment faire en sorte que les victimes remettent en question certaines de leurs interprétations qui semblent associées à leur détresse?

9.1 Le rôle des cognitions dans la pathologie

La thérapie cognitive a littéralement révolutionné la psychologie moderne. Pour la première fois, le clinicien se focalisait sur la façon toute personnelle d'interpréter les choses de son patient et postulait que ce n'est pas la situation comme telle qui crée de la détresse chez lui, mais surtout son interprétation de celle-ci (voir les travaux si classiques et incontournables de Beck et d'Ellis, entre autres).

L'exemple classique donné pour illustrer cette relation est celui du chat : vous êtes couché confortablement chez vous et vous entendez un bruit (situation).

Dans le premier cas, vous pensez : « Ça doit être encore notre chat qui fait du bruit » (pensée 1). Vous vous rendormez alors, agacé mais calme (émotion 1 et comportement 1).

Dans le deuxième cas, vous vous dites : « Mon Dieu, c'est un voleur ! » (pensée 2). Vous êtes inquiet, en état d'alerte, et vous vous préparez à vous lever pour aller vérifier (émotion 2 et comportement 2).

Cet exemple classique illustre bien qu'une même situation (le bruit) entraîne des émotions diamétralement opposées (agacement ou peur) selon l'interprétation qui en est faite (« C'est un chat » ou « C'est un voleur »).

La théorie cognitive postule également que la façon la plus efficace de diminuer/modifier ses émotions de détresse (révolte, honte, culpabilité, peur) exagérées est de changer ses pensées irrationnelles. Ainsi, selon cette théorie et en reprenant toujours l'exemple ci-dessus, vous ne parviendrez pas à diminuer votre anxiété en vous exhortant à vous détendre... Si vous continuez à être convaincu que c'est un voleur, vous continuerez à être inquiet et à avoir peur. Vous ne parviendrez à retrouver votre calme que lorsque vous aurez réalisé que votre pensée est irrationnelle et que vous l'aurez remplacée par une autre, plus réaliste (« Finalement, je crois effectivement que c'était un bruit inoffensif et sans conséquence »).

En fait, ce qui ressort de cette théorie, c'est qu'une pensée influence notre état émotionnel, et ce, même si elle est fautive. Notre système ne se questionne pas sur la validité de la pensée avant de réagir : s'il est convaincu qu'elle est vraie, l'émotion suivra. Ainsi, si vous êtes certain qu'une météorite va vous tomber sur la tête lorsque

vous prenez votre voiture, vous serez terrorisé et éviterez de prendre votre voiture. Vous demander de vous détendre ne changera rien : tant que vous serez convaincu de cette interprétation, vous serez anxieux. Et de même pour toute autre personne qui croit la même chose que vous. La seule façon de diminuer votre crainte consiste à favoriser chez vous une remise en question de votre perception de la situation afin que vous puissiez envisager les choses de façon plus réaliste et ainsi diminuer votre anxiété.

Ces deux postulats de la thérapie cognitive ont été abondamment testés et confirmés durant les dernières décennies de recherches psychologiques. Ainsi, on sait maintenant que notre façon d'interpréter les événements influence notre réaction à ceux-ci et peut même prédire l'intensité de nos symptômes dépressifs et anxieux. De plus, on sait que modifier certaines pensées irrationnelles entraîne effectivement une diminution de la symptomatologie. Cependant, de façon plus spécifique, qu'en est-il avec le TSPT ?

9.2 Les cognitions et le TSPT

Comme mentionné au chapitre 4, un événement traumatique n'affecte pas toutes les victimes de la même façon : le TSPT découle de la conjonction de divers facteurs prétraumatiques, déclencheurs et de maintien.

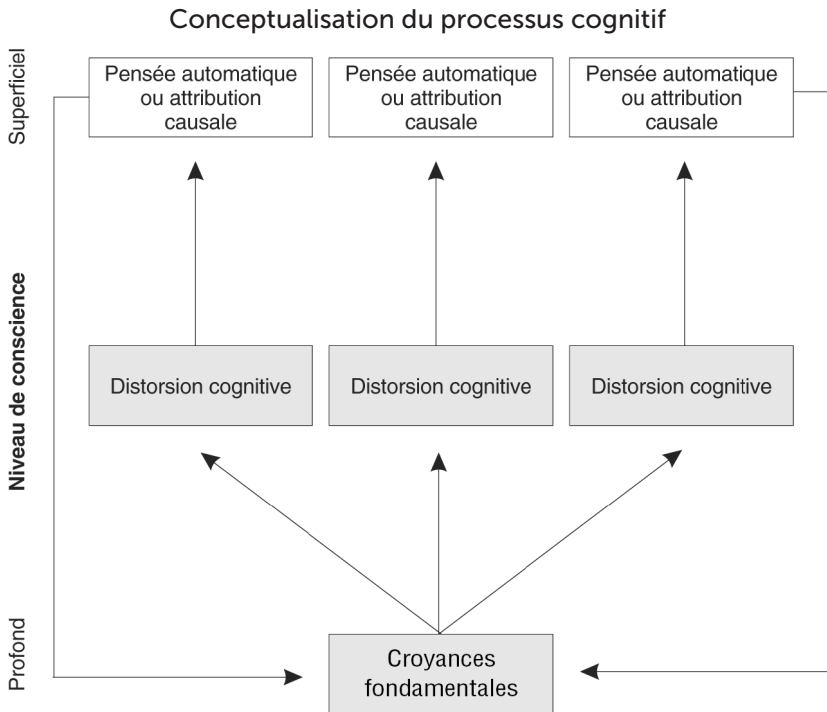
Plusieurs facteurs influencent donc le développement de symptômes post-traumatiques. Parmi ceux-ci, les variables cognitives sont souvent considérées comme un des plus importants. D'abord, parce que des données indiquent que les facteurs dits « subjectifs » (perceptions générales, blâme de soi, perception de menace à sa vie) contribuent deux fois plus à la sévérité de la détresse associée à la violence interpersonnelle que les facteurs dits « objectifs » (Weaver et Clum, 1995, entre autres, mais les références en fin de chapitre détailleront le tout). Ensuite, parce que les cognitions (à l'inverse de l'événement traumatique) sont modifiables. Si elles sont associées aux symptômes, leur modification peut alors entraîner une diminution de détresse.

Les cognitions ne sont pas considérées comme des facteurs déclencheurs du TSPT. Par contre, elles jouent un rôle majeur comme facteurs *prétraumatiques* et comme facteurs de *maintien* du

TSPT. À ce titre, il est donc essentiel d'aborder le travail des cognitions dans un processus thérapeutique.

Trois types ou niveaux de cognitions jouent un rôle prépondérant dans le développement et le maintien des symptômes post-traumatiques. Il s'agit 1) des pensées automatiques et des attributions causales, 2) des distorsions cognitives, et 3) des croyances fondamentales.

Pour chaque type de cognitions, nous verrons comment elles se manifestent cliniquement dans le travail thérapeutique auprès des victimes. Puis, nous définirons leur rôle tel qu'il a été proposé par les modèles étiologiques du TSPT. Ensuite, nous présenterons les résultats des recherches qui ont testé la relation entre ces cognitions et la symptomatologie post-traumatique.



La personne souffrant de TSPT :

- adhère à un schéma fondamental dysfonctionnel;
- utilise des distorsions cognitives qui filtrent et biaisent la réalité afin de confirmer le schéma fondamental.

9.2.1 *Les pensées automatiques et les attributions*

Les *pensées automatiques* sont des phrases que l'on se dit à soi-même et qui paraissent surgir spontanément, de manière automatique, en réponse aux événements. Elles sont souvent inconscientes et ne découlent pas d'un raisonnement logique. En fait, elles sont très souvent irrationnelles parce qu'elles résultent des distorsions cognitives. Malgré cela, elles semblent parfaitement plausibles et tendent à être endossées sans analyse critique par la personne (Beck *et al.*, 1979). Enfin, elles sont autoconfirmatoires, c'est-à-dire qu'elles confirment sans cesse les croyances fondamentales de la victime.

À la suite d'un événement traumatique, les victimes émettent des pensées automatiques à propos de plusieurs éléments : envers la sécurité du monde, envers le comportement qu'elles ont adopté lors de l'événement, envers leurs symptômes post-traumatiques et envers les réactions des autres.

Exemples de pensées automatiques

« Cet homme me regarde bizarrement, il va m'agresser ! »

« J'ai vu dans le journal qu'un autre chauffeur de taxi s'est fait agresser, on est entourés de criminels. »

« Je ne m'en sortirai jamais. »

« Je ne peux pas croire que je n'ai pas pensé à aider ma voisine lors de l'incendie de l'immeuble. »

« Être aussi touchée par un événement qui n'est pas si terrible que ça objectivement, c'est ridicule. »

« Il n'y a rien à faire, les autres ne me comprendront jamais. »

On peut très bien comprendre que croire à de telles pensées entraînerait une détresse, une tristesse ou une anxiété significatives chez n'importe qui. Or, les victimes endossent souvent, sans les remettre en question, de telles pensées, ce qui maintient leurs symptômes post-traumatiques.

On désigne certaines pensées automatiques comme dysfonctionnelles lorsqu'elles sont associées à une détresse et à une anxiété douloureuses et exagérées. Les pensées automatiques dysfonctionnelles sont le résultat de distorsions cognitives importantes ; elles sont donc absolues, sans nuances et non vérifiables.

Les *attributions*, quant à elles, constituent des cognitions un peu plus élaborées que les pensées automatiques. Il s'agit d'une interprétation de la cause d'un événement ou d'un fait. À la suite de l'événement traumatique, les victimes tentent de donner un sens à ce qui s'est passé et à ce qu'elles vivent. Elles vont faire inconsciemment des attributions causales pour expliquer surtout quatre facteurs : 1) la cause de l'événement traumatique ; 2) leurs symptômes post-traumatiques ; 3) leur comportement lors de l'événement ; 4) la réaction des autres à leur égard.

À la suite de l'événement traumatique, les victimes tentent de trouver une raison à l'événement traumatique. Elles vont hésiter entre divers types d'attributions et définir un responsable, les plus fréquents étant elles-mêmes, leur comportement, leurs traits de personnalité, le destin, le hasard, la société, Dieu ou une personne (« l'agresseur », « le négligent », « l'incompétente », etc.).

Exemples d'attributions liées à la cause de l'événement

« Je n'aurais pas dû sortir à cette heure-là, c'est de ma faute. »

« Les hommes sont tous des salauds et ne pensent qu'à ça, violer une femme. »

« C'est mon karma, il n'y a rien qui arrive pour rien dans la vie. »

« J'ai été imprudent sur cet échafaudage. »

« Le monde a toujours été égoïste, c'est à cause de ça que ça m'est arrivé. »

« Le bon Dieu est en train de me punir de mes actes douteux passés. »

« J'attire le malheur, il y a juste à moi que ça arrive, des choses comme ça. »

Les victimes vont aussi faire des attributions envers le comportement qu'elles ont adopté lors de l'événement traumatique ; elles essaieront de trouver une raison à leurs symptômes post-traumatiques, de comprendre et d'expliquer les réactions des autres à leur égard.

Exemples d'attributions liées à leurs symptômes post-traumatiques

«Si on m'avait dit dès le début que je souffrais de TSPT, je n'aurais pas laissé cela traîner et je serais beaucoup mieux maintenant.»

«C'est parce que je suis faible que j'ai ces symptômes, je n'arrive pas à me botter le derrière, j'ai toujours été comme ça.»

«Il semble bien qu'il faille que je souffre, c'est comme ça la vie, il n'y a jamais rien de facile.»

«Je dois être en train de devenir folle. Plus le temps passe, pire c'est.»

«J'étais déjà si fatigué avant l'événement... Je pense que ça doit aggraver mes symptômes.»

Exemples d'attributions liées à leurs réactions lors de l'événement

«Notre employeur nous a jamais avertis que cela pouvait arriver, sinon je n'aurais pas réagi de cette façon.»

«La foule a paniqué et j'ai été influencé par cette atmosphère, cela m'a empêché de réagir logiquement.»

«J'ai eu tellement peur, je n'ai pas pensé à autre chose qu'à fuir, c'est tout.»

Exemples d'attributions liées aux réactions des autres à leur égard

«Je suis sûre que je les dégoûte, c'est pour ça qu'ils ne me parlent plus.»

«Ma relation de couple va mal depuis l'accident; mon conjoint est incapable de prendre soin de quelqu'un.»

«Je suis obligé de me battre sans arrêt pour faire reconnaître ce que je vis et recevoir des compensations. La société est vraiment conçue pour aider les criminels et on oublie complètement les victimes.»

Rôle des pensées automatiques et des attributions dans le TSPT

Le modèle de Joseph *et al.* (1995), présenté à la section 3.3, est un bon exemple d'un modèle qui considère que ce sont principalement

les pensées automatiques et les attributions causales liées à l'événement traumatique qui influencent le développement du TSPT. Ce modèle s'appuie sur des données indiquant que les gens se questionnent et tentent d'expliquer les causes des événements qui leur arrivent, surtout après un événement négatif et imprévu. Il découle du modèle de détresse acquise, *learned helplessness*, d'Abramson *et al.*, qui postule que la nature des explications données à un événement influence la réaction de la personne à celui-ci. Conformément à ce modèle, celui de Joseph *et al.* (1995) prédit que les *victimes qui attribuent la cause de l'événement à des éléments internes, stables et globaux* (soit lorsque la cause de l'événement est attribuée à des facteurs personnels, qui durent dans le temps et qui affectent plusieurs sphères de leur vie, par exemple : «J'ai quelque chose qui attire les malheurs et ce sera toujours ainsi») vont souffrir de symptômes dépressifs et post-traumatiques plus graves que celles ayant vécu le même événement, mais l'ayant attribué à des facteurs externes, instables et spécifiques (« Cette situation était risquée et dangereuse, elle ne se reproduira pas»). Ce modèle considère que les attributions causales dépendent en partie du style attributionnel de la victime, de son lieu de contrôle et de ses croyances fondamentales.

À la même époque que le développement de la théorie attributionnelle d'Abramson en 1978, Janoff-Bulman avait déjà apporté des nuances quant à l'application de cette théorie dans une perspective post-traumatique. En particulier, elle remettait en question la fonction «négative» et dysfonctionnelle de l'attribution interne. Ces études auprès des victimes d'accidents de la route ont d'ailleurs démontré qu'à l'inverse de cette théorie, les victimes qui se considéraient comme responsables de l'accident (attribution interne) démontraient *moins* de symptômes et récupéraient plus vite que celles qui attribuaient la cause de l'accident à des facteurs externes (les autres conducteurs, les conditions routières ou la météo...). Afin d'expliquer la différence entre ces résultats et ceux de la théorie attributionnelle, Janoff-Bulman (1979) distingue *deux types d'attributions internes* : le blâme comportemental (attribuer la cause du traumatisme à son comportement) et le blâme de personnalité (attribuer la cause du traumatisme à sa façon d'être).

Conformément à son hypothèse, le blâme comportemental serait associé à une meilleure adaptation post-traumatique parce qu'il touche un aspect temporaire, spécifique et modifiable de la victime, c'est-à-dire son comportement. Par conséquent, ce type d'attribution interne, à l'inverse de l'attribution de personnalité, provoquerait, selon elle, un sentiment de contrôle et de sécurité qui peut être sain.

La dimension interne-externe des attributions causales a fait l'objet de plusieurs recherches dans la littérature depuis 1979. Celles-ci ont effectivement montré que cette dimension était fortement associée aux symptômes post-traumatiques, mais de façon différente selon le type de traumatisme vécu. Ainsi, les résultats montrent que l'attribution interne n'est vraiment pas une interprétation utile pour la victime à la suite d'une agression sexuelle. Une revue de la littérature (travaux de Brillon, 1999) met en évidence qu'une attribution interne à la suite d'une agression sexuelle est associée à des symptômes post-traumatiques et dépressifs plus sévères. Cependant, cette relation est indépendante du type d'attribution interne. En effet, l'attribution de type comportemental et celle de personnalité sont significativement associées à des symptômes plus sévères relatifs à la dépression, à la peur, aux ruminations et à de l'insatisfaction sexuelle post-agression (travaux de Frazier; Meyer et Taylor, entre autres). En plus d'être associée à une moins bonne adaptation, l'attribution interne est aussi associée à un comportement de honte et de retrait puisque les victimes de harcèlement sexuel qui s'attribuent une part de responsabilité de ce qui leur est arrivé sont moins portées à porter plainte et partagent beaucoup moins leur expérience négative avec leur réseau de soutien (Jensen et Gutek, 1982).

Or, ce qui est fascinant, ces résultats sont inverses lorsque la victime a vécu un accident de la route. En effet, les victimes qui attribuent l'accident à leur comportement («J'ai mal conduit») démontrent moins de symptômes post-traumatiques que celles qui attribuent l'accident à des facteurs externes («C'est la faute des autres conducteurs», «Les conditions météo étaient défavorables»). La perception de contrôle interne à la suite d'un trauma accidentel découlant de l'attribution soulagerait les symptômes. En effet, croire

qu'il s'agit de notre comportement à la suite d'un accident induit un sentiment de contrôle qui peut être apaisant : « Si je conduis mieux, je n'aurai plus d'accident et donc je suis en sécurité. »

La *perception de contrôle découlant de l'attribution causale* est, en effet, très associée aux symptômes post-traumatiques. Ainsi, Frazier montre que les victimes qui perçoivent de futurs viols comme un événement incontrôlable sont beaucoup plus déprimées. Ces résultats concordent avec ceux de Kushner *et al.* (1992), qui démontrent que les attributions d'incontrôle envers des événements négatifs futurs sont significativement associées à des symptômes post-traumatiques plus graves.

La dimension stable-instable et contrôlable-incontrôlable de l'attribution causale a elle aussi fait l'objet de recherches. Ainsi, Mikulincer et Solomon ont démontré que les symptômes post-traumatiques de vétérans de guerre étaient significativement associés à un style attributionnel stable et incontrôlable pour des événements négatifs. Les changements dans leur symptomatologie post-traumatique entre les deux moments de mesure sont aussi reliés à des changements au niveau de leurs attributions. Ces résultats ressemblent à ceux de McCormick et de ses collègues qui montrent que des vétérans souffrant de TSPT attribuent davantage les événements négatifs qui leur arrivent à des causes internes, stables et globales que les vétérans ne souffrant pas de TSPT.

Parallèlement à cela, Weiner précise que la teneur des attributions influence le développement d'émotions spécifiques. Ainsi, l'attribution interne, spécifique et instable, donc contrôlable (comportements, actions), serait associée à des sentiments de *culpabilité*. L'attribution interne, généralisée et stable, donc incontrôlable (traits de personnalité, valeur personnelle), serait plutôt associée à des sentiments de *honte*. La *colère*, quant à elle, découlerait d'une attribution externe et incontrôlable.

9.2.2 Les distorsions cognitives

Les distorsions cognitives sont des processus de distorsion de la réalité qui visent à confirmer le schéma fondamental de la victime. Ce sont des lunettes qui biaisent la vue de la personne et modifient sa perception de la réalité. Ce biais se manifeste sous forme

de pensées automatiques qui sont congruentes au schéma fondamental, lesquelles provoquent subséquemment de l'anxiété et des symptômes post-traumatiques.

Les distorsions cognitives sont les intermédiaires entre les croyances fondamentales (structures profondes et inconscientes) et les pensées automatiques et les attributions (structures superficielles et plus conscientes). Ces mécanismes de transformation de l'information sont souvent stables, et *réduisent la vision du monde de la victime de façon à reconfirmer constamment ses croyances fondamentales.*

Distorsions cognitives liées à l'anxiété et à la dépression

Plusieurs types de distorsions cognitives ont été identifiés par l'équipe de Beck. Voici les plus courantes chez les victimes souffrant de TSPT :

- 1) *L'inférence arbitraire.* Cette distorsion très courante fait en sorte que la victime arrive à une conclusion en l'absence de preuves suffisantes pour la soutenir. Par exemple, lorsque la victime pense « Je suis sûre que tout le monde remarque que je ne vais pas bien », « La société est actuellement beaucoup plus agressive envers les femmes qu'avant », « Je n'ai reçu aucune nouvelle de mon employeur, il se fout complètement de ce qui s'est passé », elle n'a souvent aucune preuve pour soutenir ces affirmations, à part sa propre perception des choses.
- 2) *La personnalisation.* Il s'agit d'une distorsion par laquelle la victime se sent personnellement concernée et responsable de la cause ou des conséquences des événements alors qu'ils sont peu liés à elle ou qu'aucun indice ne permet une telle attribution. Cette distorsion est très courante et se reflète largement dans les attributions causales. Par exemple : « Si j'étais allé fermer la porte de la banque plus tôt, le vol ne se serait jamais produit », « Il n'y a pas eu de réception de famille cette année, probablement que personne ne voulait me voir », « Cela fait trois semaines que j'attends des nouvelles au sujet de mes indemnités, ils font exprès pour m'écœurer », « Chaque fois que je vais quelque part, il y a un malheur ». La victime utilisant cette

distorsion a l'impression que tout tourne autour d'elle et elle personnalise ce qui lui arrive. Cette distorsion est souvent responsable de sentiments intenses de honte et de culpabilité chez elle.

- 3) *Le raisonnement émotionnel.* Aussi très courant chez les victimes, le raisonnement émotionnel fait en sorte que la victime se base sur ses émotions pour en arriver à une conclusion. Par exemple : « J'ai eu tellement peur en voiture, c'était donc extrêmement dangereux », « Cet homme a provoqué chez moi beaucoup de craintes, il est sûrement très malveillant », « Je me sens très réticent à l'idée de commencer des exercices d'exposition graduelle, donc ça ne doit pas être bon pour moi de faire ça », « Je me sens coupable de ce qui s'est passé, donc je suis coupable ». La victime considère que ses émotions constituent en soi une preuve confirmant la validité de sa pensée.
- 4) *L'attention sélective.* Avec l'attention sélective, la victime se concentre sur un détail en ignorant des aspects plus importants de la situation. Elle porte son attention sur un aspect négligeable des choses et délaisse des éléments pouvant contredire sa croyance de base. Par exemple : « Mon conjoint ne m'a pas demandé comment j'allais ce matin, je lui suis indifférente » (alors qu'il a été par ailleurs très attentionné le reste de la journée), « J'ai lu dans le journal qu'une femme a été agressée dans un parc ; plus jamais je ne me promènerai dans un lieu public, c'est trop dangereux », « Lors de mon retour au travail, j'ai remarqué que ma collègue me parlait froidement, je dois avoir l'air complètement fou ». Dans ces exemples, la victime ne considère pas les autres faits, qui pourraient contredire son affirmation.
- 5) *La surgénéralisation.* Il s'agit d'une distorsion par laquelle la victime en arrive à une conclusion à partir d'un ou de plusieurs petits éléments isolés et étend cette conclusion à l'ensemble des autres situations. Par exemple, lorsque la victime pense « Tous les hommes sont comme mon voisin : insensibles aux femmes », « Tous les malheurs n'arrivent qu'à moi ! », « Mon oncle a été agressé par un Noir, ils sont tous agressifs dans cette race-là », « Je ne serai jamais en sécurité », elle généralise ce qui lui est

arrivé ou ce qu'elle connaît et l'applique à l'ensemble des autres situations. La victime utilise aussi beaucoup cette distorsion lorsqu'elle considère que « l'événement traumatique n'est qu'un événement négatif de plus dans une longue vie d'échecs ».

- 6) *La catastrophisation*. Elle découle de l'attention sélective et de la surgénéralisation. Il s'agit d'une distorsion par laquelle la victime surestime le pourcentage de risques qu'un événement se reproduise ou exagère les conséquences négatives d'un événement. Par exemple, « La société est tellement violente, j'ai au moins 80% de risques de vivre un autre vol à main armée dans la prochaine année », « Je suis en arrêt de travail depuis quatre mois, mon employeur va sûrement me mettre à la porte », « Je ne m'en sortirai jamais, ma vie est finie », « Mes symptômes sont si désagréables pour la vie de famille que ma fille et mon conjoint vont sûrement me quitter ». La victime utilise aussi cette distorsion lorsqu'elle exagère l'impact de ses gestes lors de l'événement ou dramatise le fait qu'elle n'a pu l'empêcher.
- 7) *La pensée dichotomique*. Cette distorsion contribue à faire en sorte que la victime interprète la réalité sans nuances, selon les deux extrêmes du continuum seulement. Les événements sont catégorisés en termes de tout ou rien, de noir ou de blanc. Par exemple : « Les patrons sont tous des exploiters qui avilissent le prolétariat innocent et sans défense », « Mon agent d'assurance est absolument extraordinaire ; c'est pas comme mon intervenant, qui est tout à fait incompetent », « Cette personne a fait une erreur dans mon dossier, c'est complètement inadmissible, elle ne mérite pas d'occuper ce poste ». Ce type de pensée est caractérisé par un manque de nuances, de souplesse et une très grande rigidité.

En général, à la suite d'un événement traumatique, les victimes interprètent le monde de façon biaisée et extrême : tout le monde et toutes les situations sont dangereux, imprévisibles, incontrôlables, néfastes. Elles-mêmes se jugent souvent comme faibles ou incompetentes. Elles utilisent beaucoup les distorsions cognitives afin de confirmer leurs interprétations, en ayant l'impression que cela leur permet de se protéger efficacement d'une autre traumatisation.

Le but de la restructuration cognitive est de permettre une remise en question de ces perceptions afin de favoriser une vision des choses plus nuancée, réaliste : « Nous vivons dans un monde généralement sécuritaire, un autre événement traumatique est peu probable, les événements sont le plus souvent prévisibles et contrôlables, et je suis compétent dans la plupart des situations. »

La restructuration cognitive tente de favoriser une vision plus souple des choses, selon laquelle les événements extrêmes et imprévisibles arrivent et peuvent se reproduire, mais qu'ils sont par définition même exceptionnels et que lors de tels événements nous ne pouvons réagir aussi efficacement que lors d'autres types d'événements.

Distorsions cognitives liées à la culpabilité et à la honte

Parallèlement à ces distorsions cognitives associées aux symptômes post-traumatiques et dépressifs, quatre autres types de distorsions ont été identifiés dans la littérature comme étant particulièrement associés à la culpabilité et à la honte (travaux de Kubany et Manke, 1995).

1) Les victimes *croient souvent qu'elles « savaient » ce qui allait se passer avant même que cela soit possible de prédire le déroulement des événements*. En effet, plusieurs considèrent qu'elles auraient « dû le savoir », que « cela était évident », sans réaliser qu'elles ne possédaient pas à ce moment-là les informations qu'elles possèdent maintenant, soit après la conclusion de l'événement traumatique. Les victimes ne réalisent pas que, par conséquent, elles ne pouvaient prédire, à ce moment-là, le déroulement des événements.

2) Les victimes *exagèrent souvent leur degré de responsabilité dans la cause de l'événement ou dans les conséquences qui ont suivi*. Cette tendance est très répandue chez les victimes. Elles exagèrent leur pouvoir lors de cet événement et croient avoir eu la possibilité de tout prévenir ou de tout éviter. Kubany et Manke mentionnent quatre explications à cette exagération de responsabilité : 1) le jugement *a posteriori* de la victime a pour effet de biaiser son évaluation de sa capacité à prévenir l'événement (parce qu'elle sait comment l'événement se termine, elle croit qu'elle aurait pu faci-

lement le prévenir); 2) plusieurs victimes ne considèrent pas l'ensemble des causes responsables de l'événement et se concentrent sur certaines circonstances qui auraient pu être évitées; 3) la victime confond souvent sa perception qu'elle aurait pu prévenir l'événement avec l'interprétation qu'elle a causé celui-ci (« Si je n'avais pas marché à cette heure-là dans le parc, cela ne se serait pas produit, donc c'est de ma faute si j'ai été violée »); 4) la victime confond souvent sa position professionnelle avec ses capacités réelles lors de l'événement (« Je suis ambulancier, c'est mon travail de sauver des gens, donc j'aurais dû être capable de le garder en vie »).

Pourquoi se blâmer ainsi de la sorte? Plusieurs cliniciens ont tenté de comprendre cette surresponsabilisation et certains ont pu mettre en évidence des fonctions qui procureraient des gains secondaires aux victimes. Ainsi, Janoff-Bulman (1992) considère que cette surexagération pourrait contribuer à diminuer les craintes de la victime face à une autre retraumatisation: « Si je suis responsable de cet événement, c'est donc que si je n'ai plus ce comportement, cela ne m'arrivera plus. » En fait, cela lui donnerait une fausse impression de contrôle et lui donnerait donc l'impression qu'elle peut éviter un autre événement. D'autre part, cette attribution peut servir aussi à conserver intactes certaines croyances spirituelles telles que « Il n'y a pas de hasard » et « On mérite ce qui nous arrive dans la vie ». Se blâmer permettrait donc de ne pas ébranler un système de croyances ancrées et significatives pour l'individu.

3) Les victimes *considèrent souvent que leurs actions lors de l'événement n'étaient pas pleinement justifiées alors qu'elles étaient les seules possibles à ce moment-là*. Ainsi, plusieurs victimes dénigrent leurs actions lors de l'événement alors que d'autres actions n'existaient tout simplement pas. D'autres comparent la valeur de leurs actions faites avec des actions potentielles qui ne leur sont apparues qu'après l'événement. D'autres encore ne portent leur attention que sur les avantages et les conséquences positives qui auraient découlé d'actions différentes et en minimisent les conséquences néfastes possibles. Plusieurs ne considèrent pas les actions alternatives potentielles selon les mêmes données qu'elles possédaient lors

de l'événement et sont biaisées par les informations actuelles du trauma. Enfin, plusieurs victimes ne réalisent pas que les processus de prise de décision lors d'un événement traumatique sont diamétralement différents de ceux utilisés lors de situations contrôlées.

4) Les victimes *se blâment souvent d'avoir violé leurs valeurs personnelles sans considérer que leurs intentions étaient congruentes à leurs valeurs*. Les victimes jugent souvent leurs actions sur la base du résultat plutôt que de considérer leur intention préalable. Elles ne reconnaissent pas non plus que dans une situation où *toutes* les actions possibles vont entraîner des conséquences négatives, le choix d'une qui pourrait en causer moins est en soi un excellent choix, et ce, même si cela va à l'encontre de certaines valeurs.

9.2.3 Les croyances fondamentales

Les croyances fondamentales, ou schémas de base, sont des structures cognitives profondes, inconscientes et relativement stables à la base des distorsions cognitives (Beck *et al.*, 1979). Ce sont des façons personnelles et répétitives de comprendre et d'interpréter les événements. Ces schémas sont appris dès l'enfance et se cristallisent au fur et à mesure des expériences de vie et des interrelations avec les principaux environnements sociaux (milieu familial, école, contexte religieux, valeurs sociales). Ils forment par la suite une grille d'interprétation à travers laquelle l'individu modifie et restreint la perception de ses expériences de façon qu'elles reconforment constamment les préceptes préétablis : inconsciemment, les interprétations contredisant le schéma sont exclues et seules celles le confirmant sont considérées. Les schémas de base se reconforment ainsi constamment au fil des années et sont, par la suite, très réfractaires au changement.

L'événement traumatique invalide profondément les croyances fondamentales de la victime, ce qui détruit son sentiment de cohérence et de sécurité interne. Les modèles considérant leur rôle dans le développement du TSPT regroupent ceux de Janoff-Bulman (1992), d'Epstein (1990), d'Horowitz (1986), de McCann *et al.* (1988) et d'Ehlers et Clark (2000). Ces derniers considèrent que le TSPT découle du bouleversement des croyances fonda-

mentales de la victime et de sa difficulté à intégrer l'expérience de victimisation au sein de sa conception du monde.

En général, selon ces modèles, plus la victime adhère à un système de croyances ancré et rigide avant le trauma, plus l'événement traumatique sera dévastateur pour elle et entraînera des symptômes post-traumatiques. L'écart entre ses conceptions passées et ce que le trauma signifie est alors beaucoup trop grand : la victime est incapable d'assimiler cognitivement et émotionnellement ce qui lui arrive.

Les victimes de traumatisme vont montrer beaucoup de détresse face à l'invalidation de leurs croyances fondamentales : le monde n'est plus un endroit sécuritaire, les autres ne sont plus dignes de confiance. Elles ressentent pour la première fois une intense impression de vulnérabilité et, plus fortement que jamais, leur profonde fragilité. Leurs conceptions d'elles-mêmes, du monde, de la vie et des autres qui ont structuré toute leur existence sont profondément remises en question, ce qui entraîne beaucoup de souffrance.

Les victimes se trouvent donc devant plusieurs options : faire de l'*assimilation cognitive*, c'est-à-dire modifier le sens de l'événement traumatique afin qu'il puisse s'intégrer à leurs croyances préexistantes. Ou alors, faire de l'*accommodation cognitive*, c'est-à-dire modifier le schéma préexistant afin qu'il puisse accepter la nouvelle expérience traumatisante. Elles se trouvent ainsi obligées de modifier la signification du traumatisme ou de reconsidérer leurs anciennes conceptions, qui ne peuvent plus expliquer le monde à la suite de leur expérience traumatique.

Les objectifs thérapeutiques visent à favoriser une *saine intégration du traumatisme dans l'univers cognitif de la victime*, c'est-à-dire à empêcher une surassimilation (« Le monde est encore bon, c'est moi qui l'ai poussé à me violer ») et une suraccommodation (« Le monde n'est plus bon, maintenant je sais qu'il n'est que méchanceté et violence »).

Plusieurs croyances et schémas fondamentaux particulièrement susceptibles d'être invalidés et ébranlés par l'expérience traumatique ont été reconnus dans la littérature. Nous verrons ici les principaux schémas identifiés par Janoff-Bulman (1992), McCann et Pearlman (1990) et Beck et Emery (1985).

Les croyances fondamentales selon Janoff-Bulman (1992)

Le modèle de Janoff-Bulman propose que l'événement traumatique ébranle ou invalide trois principales croyances fondamentales chez la victime :

- 1) la croyance en un monde bon et bienveillant ;
- 2) la croyance en un monde juste et logique ;
- 3) la croyance en sa valeur personnelle.

Ces croyances sont très présentes chez toute personne n'ayant jamais vécu d'événement traumatique et sont extrêmement ébranlées par l'événement. Elles influencent une dernière croyance encore plus fondamentale, qui est la *croyance en son invulnérabilité personnelle*. (Pour une description et une analyse plus détaillées du modèle de Janoff-Bulman, consulter Brillon, Marchand et Stephenson, 1996.)

La *croyance en un monde bon et bienveillant* correspond à une conception bienveillante de la nature humaine : les autres sont perçus comme majoritairement bons, gentils, aidants et bienfaiteurs. Elle se traduit aussi par une perception positive du monde comme un endroit au sein duquel les événements positifs sont plus nombreux que les événements négatifs. L'événement traumatique, le plus souvent méchant, néfaste et dévastateur, confronte de plein fouet cette conception d'un monde bienveillant.

La *croyance en un monde juste et logique* postule qu'on obtient ce qu'on mérite dans la vie et que, si on est une bonne personne, on sera en quelque sorte « protégé du malheur », alors que les personnes malveillantes et méchantes seront, un jour, punies pour le mal qu'elles ont commis. Cette croyance procure un sentiment de contrôle et de compréhension face à la réalité puisqu'elle prône que chacun subit ce qu'il mérite et qu'il suffit par conséquent de « bien » se comporter pour être protégé du malheur. Les événements négatifs sont considérés comme des punitions et les événements heureux comme des récompenses au comportement ou à la valeur de l'individu : une bonne personne vivra de bons événements, alors qu'une mauvaise éprouvera des difficultés. Cette croyance découle principalement de la conception judéo-chrétienne qui postule que les êtres humains sont jugés et récompensés (ou punis) en fonction de

leurs actes et qu'une justice est ainsi rendue. La majorité des gens ne pensent pas « mériter » un événement traumatisant. Lorsqu'une victime adhère fortement à cette croyance de contingence entre le comportement ou la valeur d'un individu et ce qu'il subit, elle est extrêmement ébranlée à la suite de l'événement traumatique et elle se demandera ce qu'elle a fait pour « mériter » un tel événement. La question centrale ne sera donc pas « Pourquoi un tel événement s'est-il produit? », mais « Pourquoi est-ce arrivé à moi? », « Qu'ai-je fait pour mériter cela? ».

La *croyance en sa valeur personnelle* est, elle aussi, ébranlée par l'événement traumatique. En effet, l'expérience de victimisation provoque un changement important dans cette perception de soi comme une personne de valeur, aimable et compétente. La victime vit maintenant des symptômes inhabituels et incapacitants et se considère souvent comme quelqu'un de confus, d'incompétent et de dépendant. Lorsqu'elle considère ses symptômes ou qu'elle juge ses actions passées, elle se perçoit souvent comme quelqu'un de faible, lâche ou coupable, ce qui affecte gravement son estime de soi.

Ces trois croyances influencent le *sentiment d'invulnérabilité personnelle* de la personne. L'énorme diffusion des médias ces dernières années a contribué à médiatiser à outrance les horreurs, les catastrophes, les agressions subies par d'autres personnes dans certaines contrées, qui auraient été totalement inconnues un siècle plus tôt. Ce phénomène a eu de nombreuses répercussions sociales, mais une de celles-ci aura été de maximiser notre exposition à la douleur des autres, ce qui peut, paradoxalement, renforcer notre impression que ces maladies, catastrophes, agressions, tortures et guerres sont en quelque sorte « virtuelles », extérieures à notre univers. En fait, les gens n'ayant pas vécu d'événement traumatique au cours de leur vie ont l'impression diffuse que cela n'arrive qu'aux autres et ressentent une certaine sécurité ainsi qu'une grande confiance, en sous-estimant leurs probabilités de vivre des événements négatifs. Le traumatisme constitue une confrontation terrorisante de sa propre fragilité et invalide ce sentiment d'invulnérabilité personnelle. Celui-ci fait alors place à un sentiment intense de détresse, de vulnérabilité et d'incertitude face à une retraumatisation potentielle.

Les schémas de base selon McCann et Pearlman (1990)

Selon McCann et Pearlman, l'événement traumatique ébranle plus particulièrement six schémas fondamentaux. Ce sont :

- 1) le schéma face à sa sécurité ;
- 2) le schéma de confiance ;
- 3) le schéma relié au pouvoir ;
- 4) le schéma face au contrôle ;
- 5) le schéma relié à son estime de soi ;
- 6) le schéma face à l'intimité.

Chacun de ces schémas peut être lié à *soi* ou *aux autres*. Par exemple, le schéma de sécurité vise la capacité de la victime à assurer sa sécurité ou alors est lié à son évaluation du potentiel dangereux des autres. À noter que chacun des schémas peut se manifester sous une forme négative («Je ne vauds rien») ou positive («Je suis digne de valeur»), mais le plus souvent extrême et absolue lorsqu'ils sont liés à des émotions dysfonctionnelles. Il est aussi important de mentionner que selon ces auteurs, l'événement traumatique peut fortement *remettre en question* une croyance fondamentale («Mon agression a complètement ébranlé ma confiance en la nature humaine») ou la *confirmer* avec encore plus de force («Je savais déjà que tous les hommes étaient des pervers»).

Voyons plus en détail comment pourrait se manifester chacun de ces schémas fondamentaux. Le premier est celui *lié à la sécurité*. Il peut être lié à soi, par exemple : «Je suis incapable de me défendre moi-même», «Je suis capable d'assurer ma protection en tout temps», ou aux autres : «Les autres sont dangereux», «Certaines races sont fondamentalement agressives et violentes».

Le schéma *lié à la confiance* peut être lié à soi, par exemple : «Je ne peux pas me fier à mon jugement», ou aux autres : «On ne peut faire confiance à personne de nos jours», «Tout le monde est bon et bienveillant dans le fond».

Le schéma *lié au pouvoir* peut être lié à soi, par exemple : «Je suis incapable de résoudre mes problèmes», ou aux autres : «Je dois avoir absolument de l'impact sur les autres pour être quelqu'un», «Je peux influencer les comportements et les idées des autres, si je le désire».

Le schéma *lié au contrôle* peut être lié à soi, par exemple : «J'ai toujours le contrôle de mes émotions et de mes comportements», «Être vulnérable, c'est perdre», ou aux autres : «Je peux contrôler les événements futurs», «Je suis maître de ma destinée».

Le schéma *lié à l'estime* peut être lié à soi, par exemple : «Je ne vaudrais pas grand-chose», «Je suis la cause des événements négatifs», «Je ne mérite que des événements négatifs», ou aux autres : «La nature humaine ne vaut rien», «Les autres ne sont pas dignes de valeur».

Enfin, le schéma *lié à l'intimité* peut être lié à soi, par exemple : «Je suis incapable de m'apaiser», «Être seul avec moi-même est très anxiogène», ou aux autres : «Partager des choses intimes avec autrui est dangereux et nous place dans une position de vulnérabilité», «On doit toujours être sur ses gardes avec les autres».

Cette conceptualisation des schémas fondamentaux est extrêmement utile dans le travail thérapeutique auprès des victimes et permet de bien identifier les schémas qui pourraient entraîner sinon maintenir des symptômes post-traumatiques. Cette conceptualisation a été appliquée aux victimes d'agressions physiques et sexuelles et constitue la base du traitement cognitif conçu et appliqué par Resick et Schnicke (1993).

Les schémas de base selon Beck et Emery (1985)

Beck et Emery considèrent que la personne anxieuse entretient habituellement au moins un schéma de base dans les trois qu'ils ont identifiés. Ceux-ci sont liés à la sévérité du TSPT, mais ils influencent aussi la réponse à la démarche thérapeutique et la capacité de profiter du traitement.

Le premier est le *schéma d'acceptation sociale*. La personne possédant ce schéma considère extrêmement important de recevoir l'approbation et la reconnaissance des autres et est très sensible à tout indice de gratification ou de rejet. Ce schéma peut se traduire par «Je dois être aimé de tous pour avoir vraiment de la valeur», «Tout le monde doit approuver ce que je fais, sinon c'est que j'ai tort», «Je ne peux pas supporter que quelqu'un soit en colère contre moi».

Les victimes entretenant un tel schéma montrent souvent beaucoup de honte à la suite du trauma. Elles ont peur du jugement des

autres, se sentent stigmatisées, facilement rejetées, utilisent beaucoup la distorsion cognitive de personnalisation.

Le deuxième est le *schéma de compétence*. Les personnes qui entretiennent ce schéma croient en leur force intérieure qu'elles sont incompetentes et deviennent anxieuses à la pensée que cette incompetente puisse être révélée aux autres. Chaque tâche ou activité est perçue comme un défi visant à se prouver leur compétence et à se faire reconnaître par les autres. Elles exagèrent très souvent les demandes face à la situation et sous-estiment leurs capacités à y faire face. Ce thème se manifeste par des phrases telles que : « Si je fais une erreur, cela prouve que je suis une nullité », « Je suis ce que j'accomplis », « Je dois absolument réussir dans la vie pour être quelqu'un », « Le monde est divisé entre perdants et gagnants », « Si je ne gagne pas, je perds ».

Les victimes entretenant ce schéma souffrent souvent d'un sentiment de lâcheté, et se jugent comme faibles et incompetentes à la suite de l'événement traumatique. Elles sont très dures et critiques envers elles-mêmes et sont portées à se blâmer et à se dévaloriser. Le trauma est souvent perçu comme une faiblesse ou un échec personnel et il semble constituer une blessure narcissique douloureuse et humiliante. Elles se donnent des exigences de performance en thérapie et se mettent souvent en position d'échec en entretenant des attentes irréalistes envers leur réponse au traitement.

Les personnes qui possèdent un *schéma de base relié au contrôle* considèrent comme extrêmement important le fait de garder le contrôle en tout temps. Elles sont très anxieuses à l'idée de se retrouver dans une position où elles ne pourront contrôler leurs sentiments ou leurs actions. L'événement traumatique et les symptômes post-traumatiques sont particulièrement vécus comme anxiogènes à cause de leurs caractéristiques imprévisibles et incontrôlables. Elles considèrent leurs moments de perte de contrôle comme des instants de grande faiblesse. Les schémas de ces individus peuvent se formuler ainsi : « Je ne peux supporter d'être sans contrôle », « Si je laisse quelqu'un devenir trop intime, cette personne va essayer de me contrôler », « Je ne peux tolérer que d'autres me disent quoi faire », « Je suis le seul habilité à régler mes

problèmes», «Je ne dois pas demander de l'aide», «Je ne dois pas vivre des expériences sans en avoir un sentiment de contrôle total».

Les victimes entretenant ce schéma de base ont beaucoup de difficulté à accepter qu'elles n'ont pu prévoir ou prévenir l'événement traumatique. Elles perçoivent souvent ces aspects comme des échecs personnels. En thérapie, elles ont de la difficulté à s'abandonner au processus thérapeutique et à faire confiance.

Le rôle des croyances fondamentales dans le TSPT

Certaines données de recherche viennent appuyer le rôle significatif des croyances fondamentales dans le développement du TSPT. Ainsi, des études ont mis en évidence la présence de conceptions d'invulnérabilité et d'optimisme irréaliste face à la vie chez les individus n'ayant jamais été exposés à un traumatisme. De plus, des recherches ont démontré que plus la victime adhère précédemment à des conceptions fondamentales rigides de la réalité, plus ses symptômes seront sévères à la suite d'un événement traumatique. Ainsi, Gidycz et Koss montrent que les symptômes post-traumatiques et dépressifs des victimes d'agression sexuelle peuvent être, entre autres, prédits par l'adhésion à des conceptions conservatrices de la sexualité. Les victimes qui démontrent les symptômes les plus sévères considèrent davantage que les gens impliqués dans des relations intimes sont «hypocrites et peu dignes de confiance», et elles s'imposent davantage des restrictions conservatrices rigides quant à la façon dont les rapports sexuels doivent se produire et les circonstances dans lesquelles ils doivent avoir lieu.

D'autres études mettent en évidence ce rôle des schémas de base dans la récupération post-traumatique. Ainsi, Joseph et ses collègues, en 1993, soulignent que les victimes d'un accident maritime qui adhèrent à des croyances négatives sur le monde présentent une symptomatologie post-traumatique plus sévère et une moins bonne estime de soi que celles qui ont vécu le même naufrage, mais qui n'adhèrent pas à cette conception négative du monde.

9.3 La restructuration cognitive

Nous avons vu que plusieurs types de cognitions sont associés aux symptômes post-traumatiques. Nous savons que la façon dont les victimes interprètent et attribuent l'événement traumatique joue un rôle non seulement dans le développement du TSPT, mais aussi dans leur récupération post-traumatique. La théorie cognitive considère que la meilleure façon de diminuer la détresse post-traumatique passe nécessairement par une modification des pensées qui y sont associées.

La restructuration cognitive est une démarche thérapeutique qui consiste d'abord à permettre à la victime d'identifier ses pensées qui sont associées à sa détresse. Ensuite, cette démarche vise à induire une saine remise en question de ces pensées. Elle utilise un autoquestionnement «socratique» afin de tester la validité des pensées anxiogènes et d'identifier une pensée plus rationnelle, plus souple et plus apaisante. Elle demande à la victime de se familiariser avec certains concepts propres à la théorie cognitive et d'effectuer certains exercices par écrit entre les rencontres. Enfin, elle exige une relation thérapeutique solide et un esprit de collaboration mutuelle entre le thérapeute et son patient.

Plusieurs chercheurs cliniciens ont élaboré des traitements cognitifs, c'est-à-dire basés uniquement sur l'identification et la modification des pensées dysfonctionnelles, pour diminuer les symptômes post-traumatiques. Ces traitements ont par la suite été testés empiriquement et les résultats de ces recherches montrent que ces traitements sont très efficaces pour diminuer les symptômes de TSPT (voir les travaux classiques de Resick sur ce sujet, mais aussi les travaux de Dugas; Marks; et d'autres, en fin d'ouvrage).

9.4 Précautions thérapeutiques indispensables

La restructuration cognitive est une stratégie puissante, qui a fait ses preuves à de nombreuses reprises dans le traitement du TSPT. Cependant, il convient de mentionner que mal abordée, elle peut être néfaste auprès de victimes traumatisées.

En effet, les victimes sont les mieux placées pour savoir que ce qui leur est arrivé a été traumatisant pour elles. Très souvent, elles

sont déjà confrontées à leur entourage, qui leur répète « qu'elles devraient prendre ça plus calmement », « que ce n'est pas si grave », « qu'elles exagèrent », « qu'elles devraient considérer le côté positif », etc. Avec la restructuration cognitive, il peut être facile de tomber dans ce même piège et de faire des fautes empathiques majeures qui risquent de compromettre gravement la relation thérapeutique et de maintenir, voire d'aggraver leur détresse.

Il est important de répéter que l'objectif ici n'est pas de démontrer aux victimes que ce qu'elles ont vécu n'est pas important ou n'est « pas si significatif que ça ». Pour elles, il s'agit du pire événement de leur vie ! Pas question de minimiser les conséquences de cet événement sur leur quotidien. Le message à passer n'est évidemment pas non plus : « C'est votre mauvaise façon de voir les choses qui entraîne vos symptômes, nous allons voir comment penser autrement et tout va s'arranger. »

En fait, l'objectif est plutôt de mettre en évidence que certaines interprétations (de leurs symptômes, de leurs comportements lors de l'événement, de l'attitude de leur entourage, de leur vision d'elles-mêmes ou de leur futur) peuvent *aggraver* sinon *maintenir* leurs symptômes. Que certaines interprétations, donc, ne les aident pas, ne sont pas tout à fait valides et peuvent entretenir leur détresse.

L'analogie qui peut être utilisée pour illustrer ce propos est celle d'un accident physique : un homme qui tombe en ski et se fracture la jambe a effectivement de la douleur et des séquelles physiques temporaires (analogie des séquelles psychologiques temporaires du trauma). Cependant, s'il se dévalorise à la suite de cet accident, s'il considère cet événement comme catastrophique, s'il craint de façon exagérée qu'il ne pourra plus jamais remarcher, ou s'il a l'impression qu'il est seul au monde, toutes ces interprétations vont effectivement affecter et teinter sa convalescence : découragement, pessimisme, irritabilité, amertume, tristesse, etc. Nous savons cependant qu'une interprétation plus *réaliste* (et non pas « positive ») des événements pourrait l'aider à mieux s'adapter à sa situation (ou, en tout cas, moins lui nuire...). Se demander, par exemple, si ces interprétations sont réalistes, si le pourcentage de risques de rester ainsi est bien évalué, si sa perception de solitude

est effectivement fondée, etc., ne pourrait que contribuer à maximiser ses ressources d'adaptation et l'aider à mieux réagir à cet événement... que l'on ne peut pas changer de toute façon. Évidemment, un accident de ski n'a rien à voir avec un viol, un vol à main armée, une expérience militaire ou un accident très grave. Mais le but ici est d'illustrer qu'une évaluation plus « proportionnelle » de leur capacité à s'adapter à ce qui leur est arrivé, des comportements qu'elles ont eus lors de l'événement ou des stressors consécutifs peut contribuer à faciliter l'adaptation des victimes au traumatisme ou, à tout le moins, à ne pas aggraver leur récupération.

En fait, on ne peut pas changer grand-chose à l'événement traumatique en soi : il s'est déjà produit et il provoque des réactions légitimes. Le défi consiste à tenter de ne pas surajouter au traumatisme une façon de voir les choses qui pourrait aggraver les symptômes et diminuer les ressources adaptatives naturelles de la victime. Serait-il possible de considérer les événements de façon plus souple, plus objective, plus proportionnelle et ainsi ne pas ajouter au traumatisme des cognitions anxiogènes, dévalorisantes ou porteuses de détresse ?

Finalement, la question est la suivante : *comment faire en sorte que notre façon d'interpréter les choses n'ajoute pas de la détresse à quelque chose qui en déclenche légitimement déjà beaucoup ?*

Dans cette même ligne de pensée, on ne peut que souligner encore une fois le fait qu'il est parfaitement inutile (et même souvent contre-productif) de faire de la restructuration cognitive avec une victime si elle n'a pas ressenti d'abord :

- 1) l'impression profonde d'avoir été entendue et comprise par son thérapeute, et ce, dans toute son irrationalité ;
- 2) un sentiment d'avoir été acceptée et accueillie dans ses émotions, et ce, même si elle est dysfonctionnelle ;
- 3) qu'elle peut faire pleinement confiance à son thérapeute et qu'il va respecter son rythme tout personnel en thérapie ;
- 4) que son thérapeute comprend le développement de ses réactions post-traumatiques et peut lui expliciter ses facteurs personnels aggravants.

9.5 « Est-ce bien de la restructuration cognitive que je fais ? »

Tel qu'il a été mentionné à la section 9.3, l'objectif de la restructuration cognitive est d'induire une saine remise en question des pensées associées aux symptômes post-traumatiques afin de permettre une diminution de la détresse. Avant de commencer la description détaillée des diverses étapes de la restructuration cognitive, il est aussi important de préciser ce que cette méthode *n'est pas* (Chaloult, 2000 ; 2008).

La restructuration cognitive est souvent confondue avec la « pensée positive ». Les rayons de nos librairies regorgent de livres sur le « pouvoir de la pensée positive » qui avancent qu'il est souhaitable de ne considérer que le bon côté des choses en occultant complètement le côté négatif (« Vois ça de façon positive, c'est sûrement une bonne chose dans le fond », « Mets de côté tes inquiétudes et tes pensées négatives, qui te nuisent »). Or, l'objectif de la restructuration cognitive est de substituer une pensée réaliste, et non pas une pensée positive, à une pensée entraînant de l'anxiété. Les données montrent en effet qu'ignorer une pensée négative et tenter de la remplacer platement par une autre sans être convaincu des fondements de cette substitution est inutile. Le cerveau n'est pas dupe si facilement... En fait, cette stratégie est inefficace, sinon contre-productive, puisqu'elle tente d'ignorer des inquiétudes et des interprétations importantes, qui restent présentes à un niveau plus profond et qui continuent d'agir.

La restructuration cognitive ne consiste pas non plus en une démarche moralisatrice au sein de laquelle le thérapeute cherche à faire la morale à la victime en l'incitant à suivre des règles personnelles, éthiques, sociales ou religieuses (« Tu es mère de famille et tu ne peux pas te permettre de rester à la maison parce que tu as peur », « Il faut à tout prix pardonner à nos agresseurs », « Tu es un homme, les hommes doivent être plus solides que ça », etc.). Il est important de faire la restructuration cognitive en respectant le système de valeurs de la victime.

La restructuration cognitive ne constitue pas non plus de l'auto-suggestion. L'auto-suggestion consiste plutôt à se convaincre d'un état

qui n'est pas actuellement présent (« Quand j'ai eu des palpitations à la banque à la suite du vol à main armée, je me répétais sans cesse : *Tu es calme, tu es calme, tu es calme* », « Lorsque je marche dehors le soir depuis l'agression, je me dis à moi-même : *Je me sens parfaitement en sécurité, rien ne va m'arriver, je suis en contrôle* »). La restructuration cognitive est plutôt une saine évaluation des situations et ne vise pas à tenter de se convaincre que tout va bien. Elle vise à favoriser un questionnement quant au réalisme de nos interprétations.

Enfin, la restructuration cognitive n'est pas de l'exhortation, c'est-à-dire un discours persuasif basé sur la volonté afin de pousser quelqu'un à faire quelque chose (« T'es capable de retourner là-bas », « Fonce ! », « Si tu veux, tu peux ! », « Lâche pas ! », « Reviens-en ! »). Elle respecte les résistances et le rythme de la victime. Elle fait plutôt en sorte que celle-ci puisse elle-même comprendre ses craintes et tenter de les remettre doucement en question.

Bref, la restructuration cognitive ne consiste pas à plaquer un autre état émotionnel sur la victime ou à lui imposer une nouvelle façon de voir les choses, mais à favoriser une remise en question guidée de certaines pensées anxieuses. Dans ce processus, la victime est amenée à remettre elle-même en question ses interprétations et à déterminer ses réponses afin de considérer une nouvelle vision des choses qui lui convienne davantage.

9.6 Plan des cinq étapes de restructuration cognitive

Cinq étapes jalonnent le processus de restructuration cognitive de la victime. En voici ici un bref aperçu ; elles seront décrites de façon plus détaillée dans la prochaine section.

Première étape. Prendre conscience du malaise et identifier la pensée sous-jacente associée à cette émotion douloureuse.

Deuxième étape. Considérer la pensée identifiée comme une hypothèse de travail et s'interroger sur sa validité, sa pertinence. Plusieurs types de questionnements pourront aider la victime dans cette remise en question de sa pensée.

Troisième étape. Identifier les distorsions cognitives qui sont à la base de la pensée anxieuse.

Quatrième étape. Identifier une pensée alternative plus fonctionnelle, c'est-à-dire qui induit moins de détresse ou d'anxiété.

Il s'agit ici de considérer de nouvelles interprétations plus réalistes des faits qui permettent de retrouver une certaine confiance en soi, dans les autres et dans le monde.

Cinquième étape. Identifier, avec l'aide du thérapeute, quelles sont ses croyances fondamentales et assouplir celles qui sont associées à ses pensées et à sa détresse.

9.7 Comment utiliser la restructuration cognitive avec des victimes

Laurence est chauffeuse d'autobus scolaire depuis 15 ans. Elle a toujours adoré son travail. Deux semaines avant de prendre son congé estival, elle traverse un carrefour alors qu'elle va faire son épicerie en voiture dans un nouveau quartier et est percutée par un chauffeur de taxi qui brûle un feu jaune à toute vitesse. Elle se souvient du bruit strident des freins de l'autre véhicule, de ses mains crispées sur le volant, du choc incroyable dans son dos et dans son cou. Puis, elle se rappelle avoir entendu les sirènes de police, et les voix paniquées des ambulanciers qui lui demandaient si elle avait ses enfants avec elle, car ils voyaient les sièges de bébé vides derrière. Laurence se souvient de s'être sentie complètement étrangère à ce qui se passait, comme si l'accident n'avait pas été réel et qu'elle flottait au-dessus de toute l'agitation. Elle est restée complètement figée sur son siège, ne sentait plus ses membres et a eu très peur d'être paralysée. Les examens à l'hôpital ont montré qu'elle n'avait pas de séquelles physiques graves; elle est donc retournée chez elle le soir même. Depuis deux mois, elle a de la difficulté à dormir et fait des rêves agités, peuplés de bruits et de cris. Elle a peur de sortir de chez elle et n'utilise plus la voiture. Quand elle est passagère, elle a beaucoup de palpitations, est très tendue et ferme les yeux dès qu'une autre voiture s'approche. Elle a l'impression de réentendre le bruit des freins et de sentir le choc de la collision. Elle n'arrête pas de se demander ce qui serait arrivé si elle avait eu ses quatre enfants avec elle dans la voiture cette journée-là, et cette pensée la fait paniquer. Elle évite les rencontres familiales, car elle trouve trop difficile le fait de parler de l'accident et ne veut pas expliquer la réaction figée qu'elle a eue immédiatement après l'accident. Elle se sent incapable d'aller travailler

et n'a plus envie d'être en contact avec des enfants. Elle se sent souvent frustrée, irritable et n'a plus de patience à la maison. À certains moments, elle est à fleur de peau, elle a la larme à l'œil et elle est triste pour rien. Elle se blâme de ne pouvoir accomplir ses tâches quotidiennes « comme les autres mères le font ».

À la suite de cet accident, Laurence présente plusieurs *pensées automatiques* qui accentuent sa détresse et ses symptômes post-traumatiques. Ainsi, elle est convaincue que « traverser un carrefour, c'est dangereux », « dès qu'une voiture approche, elle va me frapper », « les autres conducteurs sont tous des dangers potentiels », ou « sur la route, tout peut m'arriver, je suis très vulnérable », « il faut que je me fie à mon anxiété, car elle m'avertit du danger ». Elle a aussi plusieurs pensées automatiques négatives quant à son rôle de mère qui l'attristent et la dévalorisent, telles que « Je suis incapable de m'occuper adéquatement de mes enfants », « Je suis dangereuse pour eux ». Elle remet en question son retour au travail, car elle est certaine « qu'elle n'est plus capable de bien conduire », « qu'elle est maintenant incompétente et négligente ».

Laurence tente de s'expliquer la cause de son accident. Certaines *attributions causales* de l'accident sont présentes, telles que « J'ai eu cet accident, car j'étais dans un nouveau quartier » ou « J'ai eu cet accident, car je ne suis plus une bonne conductrice ». Elle tente de s'expliquer la présence de dissociation lors de l'accident : « Je dois être en train de devenir folle et je suis sensible au stress. » Elle considère aussi que certains facteurs sont responsables de la réaction des autres à son égard : « Ils sont plus froids avec moi depuis l'accident, car ils pensent que c'est de ma faute, et je les dégoûte. »

En voiture, Laurence présente plusieurs *distorsions cognitives* ; par exemple, elle remarque énormément les erreurs ou la mauvaise conduite des autres conducteurs grâce à l'attention sélective. De plus, quand elle se sert de son émotion comme preuve d'un danger, elle fait du raisonnement émotionnel. Enfin, quand elle pense qu'elle n'est plus une bonne mère avec ses enfants à cause de ce qui s'est produit, elle surgénéralise en se jugeant incompétente dans l'ensemble de ses rôles maternels alors que ce n'est pas le cas.

En fait, cet accident a bouleversé plusieurs *croyances fondamentales* chez Laurence, dont celle-ci : « Je suis une bonne mère capable de m'occuper de mes enfants », et cet accident a entraîné un doute sur ses compétences. Elle se croyait auparavant en sécurité sur la route et trouve maintenant qu'il s'agit d'un endroit dangereux, imprévisible et qui la rend extrêmement vulnérable. Enfin, Laurence était quelqu'un qui croyait beaucoup en une certaine justice ; elle n'arrive pas à comprendre et à accepter que cela lui soit arrivé à elle alors qu'elle a toujours été une bonne personne, intéressée aux autres et généreuse. Elle a une étrange impression d'avoir été trahie par la vie.

Comment aider Laurence à retrouver sa confiance en ses moyens et un sentiment de sécurité ? Cette prochaine section est consacrée à la mise en application des notions et des stratégies cognitives dans le travail thérapeutique auprès des victimes. Pour chacune des cinq étapes de ce processus, nous précisons la façon d'appliquer ces stratégies dans le contexte clinique, nous décrivons les exercices proposés et terminerons en précisant les habiletés thérapeutiques spécifiques à cette étape qui permettront de traverser certaines difficultés potentielles.

9.7.1 Identifier les émotions et les pensées sources de détresse

C'est lors de cette première étape que le thérapeute donne quelques notions de théorie cognitive et explique la relation entre une situation, les pensées, les émotions et les comportements. En effet, il est important de bien préparer la victime et de faire de la psychopédagogie sur le rôle de certaines cognitions dans le maintien de la symptomatologie post-traumatique. Le thérapeute peut expliciter les avantages à restructurer certaines pensées dans le processus de récupération post-traumatique et décrire brièvement les diverses étapes jalonnant ce processus.

À la suite de cette préparation, il peut demander à la victime d'identifier une situation qui a provoqué chez elle une émotion forte et désagréable, de l'anxiété ou de la détresse. Il s'agit ensuite de l'aider à prendre conscience de ses pensées automatiques ou de ses attributions au moment où elle a ressenti ces émotions désagréables.

Des questions précises peuvent aider la victime à mieux préciser ses pensées automatiques. Par exemple: « Qu'est-ce qui vous est venu à l'esprit à ce moment-là? », « Quelle est l'image qui vous est venue alors? », « Prenons le cas de cette situation où vous vous êtes senti anxieux; qu'avez-vous pensé à ce moment? »

Exercice 1: Grille de restructuration cognitive situation-pensée-émotion

Cet exercice vise à développer une certaine conscience de soi chez la victime et à l'encourager à prêter davantage attention à son monde intérieur, soit ses émotions et ses pensées. Il a aussi pour but d'identifier les pensées automatiques et les attributions associées aux symptômes post-traumatiques, à partir desquelles s'effectuera le travail de restructuration cognitive par la suite.

Consignes : On demande à la victime de remplir d'abord la première colonne, c'est-à-dire de reconnaître une situation qui cause de l'anxiété ou de la détresse. Ensuite, il s'agit de remplir la troisième colonne et d'identifier l'émotion présente. Cette émotion constitue un premier signal qu'une pensée dysfonctionnelle peut être présente. L'émotion est souvent plus facile et plus accessible à reconnaître que la pensée sous-jacente. On demande ensuite à la victime d'évaluer l'intensité de cette émotion sur une échelle de 0 à 100 (0 = niveau minimal, 100 = niveau extrême). Enfin, elle doit préciser sa pensée automatique ou l'attribution sous-jacente à l'émotion dans la deuxième colonne. La pensée automatique ou l'attribution se présente souvent sous la forme d'une phrase courte.

Exemple de l'exercice 1 rempli

Déclencheur <i>Quelque chose se produit...</i>	Pensée automatique <i>Je me dis...</i>	Émotions / Comportements <i>Je ressens et je fais...</i>
J'entends le bruit d'une voiture qui freine.	« <i>Elle va me frapper, c'est dangereux!</i> »	J'ai peur (70%). Je me crispe et j'accélère soudainement.
Je trouve mon travail ennuyant.	« <i>Ma vie ne sera plus jamais aussi belle qu'avant.</i> »	Je me sens triste (65%). Je quitte le bureau.
Une personne me fait penser à cette femme accidentée.	« <i>Je n'ai pas été assez efficace pour la sauver.</i> »	Je me sens coupable (90%). J'ai des cauchemars et j'évite le travail.
Je regarde une émission de télé sur le traitement des abuseurs.	« <i>Personne ne s'occupe jamais des victimes comme moi.</i> »	Je suis frustré (85%). Je crie contre mes enfants.

Exercice 1

Grille de restructuration cognitive situation-pensée-émotion

Déclencheur <i>Quelque chose se produit...</i>	Pensée automatique <i>Je me dis...</i>	Émotions / Comportements <i>Je ressens et je fais...</i>

Habiletés thérapeutiques spécifiques à cette étape

Cette première étape de restructuration cognitive exige une capacité de conscience de soi. Certaines victimes plus *alexithymiques* trouvent très difficile de se focaliser sur leurs émotions et d'identifier les situations qui ont été douloureuses ou anxiogènes pour elles. Afin de travailler cette difficulté, je renvoie le thérapeute au chapitre 8. Le travail thérapeutique devra alors viser un meilleur contact émotionnel et peut-être aussi l'identification de certaines cognitions qui bloquent le processus émotionnel (« Être triste est un signe de faiblesse », « Je refuse de me sentir en colère pour ça », « Être en contact avec ses émotions est néfaste », etc.) afin d'aider la victime à prendre conscience de son monde émotionnel.

Pour d'autres victimes, c'est beaucoup plus l'identification des pensées qui pose problème : certaines ont tellement tendance à faire rapidement de l'*exhortation*, de l'*autosuggestion* ou de la *pensée positive* à la suite d'une émotion désagréable qu'elles ne semblent plus avoir accès à la pensée anxiogène initiale et que seules les autoverbalisations subséquentes à cette pensée sont d'abord accessibles.

Prenons, par exemple, une victime de vol à main armée qui se force énormément pour passer devant la banque. Elle est en sueur, a des palpitations, ressent une impression de panique intense, mais les seules pensées dont elle a conscience sont ses propres paroles (« Allez, vas-y », « Te laisse pas arrêter », « Tout va bien aller »). Elle a de la difficulté à diminuer son anxiété parce qu'elle ne fait que de l'exhortation ou de la pensée positive et ne peut jamais reconnaître sa pensée anxiogène (« Je vais vivre un autre vol et me faire tuer »), ce qui l'empêche de remettre en question cette interprétation et ainsi de diminuer sa peur. Avec ce type de difficulté, il est nécessaire de guider la victime à l'aide de la technique de la « flèche descendante ». Le thérapeute part donc d'abord de l'exhortation de la victime (« Vous semblez avoir énormément besoin de vous motiver lorsque vous passez devant cette banque ; comment vous expliquez-vous cela ? ») pour lui faire prendre conscience de sa peur. Il peut aussi favoriser cette prise de conscience en demandant : « Vous semblez vivre d'intenses sensations de panique lorsque vous passez devant cette banque ; comment vous expliquez-vous cela ? » Puis, il poursuit afin de préciser la peur sous-

jacente : « De quoi avez-vous peur ? », « Que craignez-vous ? », « Quelle est la menace que vous percevez ? » ou encore « Dans votre pire scénario, que se passerait-il ? ». Ces stratégies permettent ainsi à une victime d'avoir conscience de sa pensée anxigène sous-jacente à ses sensations de panique et à son besoin d'exhortation.

D'autres victimes sont extrêmement rationnelles, intellectualisées, et elles *ignorent* ou mettent volontairement de côté leurs pensées anxigènes parce qu'elles les trouvent extrêmes ou dérisoires (« Je ne peux pas croire que je pense ça, c'est complètement ridicule », « J'ai honte de constater que j'ai cette interprétation des choses, alors que je sais que cela n'a pas de bon sens », « Je ne veux même pas me demander pourquoi j'ai peur, je me trouve vraiment trop lâche », etc.). Elles ont donc beaucoup de difficulté à identifier leurs pensées anxigènes parce qu'elles les trouvent d'emblée ridicules, inacceptables ou reflètent leur propre faiblesse. Avec ce type de difficulté, il est nécessaire de faire beaucoup de psychopédagogie : une anxiété intense n'est pas présente pour rien ; elle est légitime, digne de respect et implique nécessairement une perception de danger sous-jacente. Les victimes doivent donc considérer leurs pensées avec indulgence et se permettre d'identifier chez elles des pensées qui ne correspondent peut-être pas à ce « qu'elles voudraient penser », mais qui sont tout de même présentes et qui agissent de façon sous-jacente.

Enfin, des victimes trouvent certaines pensées tellement anxigènes qu'elles évitent même de les considérer. Écrire leurs pensées leur semble menaçant et elles vont éviter d'y penser parce qu'elles craignent les symptômes d'anxiété ou de détresse associés qu'elles pourraient ressentir. Il est important de mettre en évidence que l'évitement n'éliminera pas la pensée et que celle-ci continuera à entraîner de la détresse tant qu'elle n'aura pas été identifiée et travaillée.

9.7.2 Questionner les pensées : le questionnement socratique

Après avoir identifié les pensées automatiques ou les attributions associées aux symptômes post-traumatiques, il s'agit maintenant de considérer la cognition identifiée comme une hypothèse et non plus comme un fait. Cette pensée ou cette attribution est une interprétation de la réalité et nous avons vu qu'elle découle d'un

certain filtre. Par conséquent, il importe de la considérer comme une *hypothèse de travail* dont il faut tester la validité. La victime est ainsi amenée à remettre en question ses interprétations et ses conclusions : il est important de ne plus les accepter d'emblée, mais plutôt de tenter de vérifier leur justesse.

Pour ce faire, le questionnement socratique constitue une stratégie de choix. Il permet, grâce à une série de questions, de guider la victime doucement vers une réévaluation de ses interprétations.

Beck et Emery (1985) regroupent les diverses questions permettant ce questionnement socratique selon trois catégories :

- a) Quelles sont les preuves appuyant ou réfutant cette pensée ?
- b) Pourrait-il y avoir une autre façon d'interpréter les mêmes faits ?
- c) Et si cela était vrai, quelles seraient les conséquences ?

Chacune des catégories regroupe plusieurs questions. Il peut être particulièrement profitable pour la victime de tenter d'internaliser ce processus de questionnement et de mémoriser ces questions afin de pouvoir par la suite les utiliser d'elle-même. L'objectif est ici de faire en sorte que ce processus de restructuration cognitive devienne un outil facilement accessible et naturel.

a) Quelles sont les preuves appuyant ou réfutant cette pensée ?

Cette première catégorie regroupe les questions visant à tester la validité, la logique et la justesse de la pensée automatique ou de l'attribution. En effet, les pensées automatiques tendent à être endossées sans analyse critique par la victime. Ce questionnement vise à documenter un peu plus les fondements de cette pensée et à doucement mettre en évidence les failles potentielles de la conclusion.

Exemples de questions de cette catégorie :

- « Sur quelles preuves est-ce que je me base pour dire cela ? »,
« Quels sont les éléments qui vont à l'encontre de cette conclusion ? »
- « Mes sources d'information sont-elles valides et fiables ? »

- « Est-il possible que je sursimplifie la causalité de cet événement ? »
- « Qu'est-ce qui me fait dire que c'est ça qui va arriver ? »
- « Est-ce que je considère tous les fondements potentiels de cette conclusion ? »
- « Est-ce que j'accorde vraiment la même importance aux éléments réfutant cette conclusion qu'aux preuves l'appuyant ? »

L'exemple de Louise illustre bien comment on peut arriver à effectuer ce premier questionnement. Un jeudi soir, alors qu'elle attendait en file dans sa succursale bancaire, Louise est victime d'un vol à main armée. Un homme portant une cagoule pointe un revolver vers les caisses et hurle à la caissière de vider l'argent dans son sac. Louise est la première à attendre et l'homme braque son fusil sur sa tempe pour lui demander de s'allonger sur le sol. Depuis, elle présente de nombreux symptômes post-traumatiques. Elle évite tout particulièrement les endroits associés à l'argent : les banques, les guichets automatiques, les dépanneurs, où elle craint d'être témoin d'un autre vol. Dans le courant de sa démarche thérapeutique, elle se rend un jour chez son fleuriste. En attendant qu'il lui prépare son bouquet, elle voit entrer un jeune homme dans la petite boutique. Elle se sent immédiatement très anxieuse, a des palpitations, des sueurs froides et résiste fortement à l'envie de s'enfuir de la boutique sans prendre son bouquet. En entrevue, elle tente de faire ce premier exercice de restructuration cognitive : « Hum ! ma pensée dans la boutique était vraiment "Il a l'air louche, il va m'attaquer !" » Je pourrais même dire qu'à ce moment-là, je le croyais très fortement. J'étais presque sûre qu'il allait le faire, qu'il allait tirer avec une arme et voler la caisse. Quels sont les éléments qui me portent à croire qu'il allait effectivement le faire ? Eh bien, il avait l'air très louche, il était mal habillé... Il attendait que le fleuriste finisse mon bouquet, alors il avait l'air impatient, bourru. Ah oui ! Et il avait les mains dans ses poches, ça, ça m'a beaucoup énervée, je ne pouvais pas m'enlever de l'idée qu'il avait un revolver... C'est à peu près tout. Pour moi, c'était très clair qu'il allait le faire. Quelles sont les preuves qu'il n'allait pas m'attaquer et voler la caisse ? Ça, c'est plus difficile... Bon,

objectivement, je dois reconnaître qu'il a attendu que mon bouquet soit terminé. Peut-être qu'il aurait précipité les choses s'il avait vraiment voulu voler la caisse... Quand je suis sortie, j'ai entendu qu'il commandait quelque chose lui aussi, et probablement qu'il n'aurait pas fait ça s'il avait eu de mauvaises intentions, mais on ne sait jamais, n'est-ce pas? Je n'ai pas attendu de voir ce qui est finalement arrivé, j'avais trop peur, mais quand je suis repassée cette journée-là devant la boutique, j'ai vu que tout était normal et qu'il ne s'était rien passé.»

b) Pourrait-il y avoir une autre façon d'interpréter les mêmes faits ?

À la suite d'un événement traumatique, les victimes ont souvent une vision très limitée et étroite des événements qui les entourent et restent collées à leur interprétation des faits dans une tentative de se protéger. Les questions de cette catégorie ont pour but de favoriser une prise en compte des données qui ne sont habituellement pas considérées par la victime. Elles visent à élargir leur perspective, à les encourager à considérer d'autres possibilités que leurs propres prédictions et interprétations : il s'agit de changer leur perspective de ver de terre (*worm-eye view*) pour une vision d'oiseau (*bird-eye view*) (Beck et Emery, 1985). Cette stratégie leur permet de se distancier de leur première interprétation pour explorer différentes conclusions possibles et de mettre en évidence que d'autres explications, aussi valables (sinon plus justes et plus fonctionnelles) que leur première pensée automatique de la situation, existent et valent la peine d'être considérées.

Exemples de questions de cette catégorie :

- « Pourrait-il y avoir d'autres explications à ces mêmes faits? », « Ceci est une bonne première hypothèse. Y en a-t-il d'autres? », « Que dirais-je à une autre personne qui vivrait la même situation? »
- « Serait-il possible de voir les mêmes faits autrement? »
- « Comment aurais-je considéré cette situation avant l'événement traumatique? »
- « Qu'ai-je à perdre de cette situation? »
- « Qu'ai-je à gagner de cette situation? »

Si nous reprenons l'exemple de Louise, voici comment elle effectue cette partie de l'exercice. « Comment je pourrais interpréter les mêmes événements autrement ? Je ne sais pas. Je sais que mon conjoint, à qui j'ai raconté ça, m'a dit que des gens mal habillés, c'était assez courant. J'imagine que si j'envisageais d'autres explications à son comportement (à part de : il va m'attaquer), je pourrais dire que c'était peut-être un client bizarre, mal élevé. Peut-être qu'il s'est levé du mauvais pied pour avoir l'air bourru comme ça. Remarquez, j'ai encore du mal à croire qu'il n'est venu que pour des fleurs, mais je commence à me rendre compte que cette autre façon d'interpréter ses gestes est peut-être plus probable. »

c) Et si cela était vrai, quelles seraient les conséquences ?

Le but de la dernière catégorie de questions est de permettre à la victime d'envisager les implications de sa pensée automatique ou de ses attributions. Ces questions visent à faire en sorte que la victime envisage ce qui arriverait si cette interprétation de la situation était effectivement juste et vraie. L'objectif est de dédramatiser les conséquences futures ou de faire prendre conscience à la victime qu'elle possède plus de ressources qu'elle ne le pense.

Ces questions explorent quatre sphères spécifiques de la crainte du patient : 1) la probabilité qu'a l'événement anticipé de se produire ; 2) son véritable potentiel dangereux ; 3) la capacité de la victime à empêcher cet événement de se produire ; 4) la capacité de la victime à accepter les conséquences potentielles de cet événement et à y faire face.

Exemples de questions de cette catégorie :

- « En mettant les choses au pire, qu'arriverait-il ? », « Quelles sont les probabilités qu'un tel événement se produise ? »
- « Quel serait son véritable potentiel dangereux ? »
- « Serait-il possible de m'adapter à cette situation ? »
- « Que pourrais-je faire si mon interprétation s'avérait juste ? »

Terminons en citant l'évolution de Louise à cette étape. « Les choses au pire, c'est qu'il braque un revolver sur moi, tire vers moi et vole la caisse. Sur le coup, j'ai cru que j'avais vraiment 100% de risques que ça arrive ! Maintenant, je crois que ce pourcentage est bien moindre, cela n'arrive pas si souvent que ça. Mais en admettant que ça arrive tout de même, je ne sais pas comment j'aurais réagi. Probablement que je me serais figée et que j'aurais attendu que ça se termine. Qu'est-ce que je pourrais faire d'autre ? Cela aurait été horrible ! Si je m'en étais sortie, au moins j'aurais déjà été en thérapie (petit sourire). Je m'en serais probablement sortie avec le temps, j'imagine... Et puis, de toute façon, cela aurait été atroce, mais il n'y aurait plus rien à faire... »

Exercice 2: Grille de restructuration cognitive avec questionnement socratique

L'exercice 2 permet à la victime d'effectuer le questionnement socratique à partir des pensées automatiques identifiées lors de l'exercice 1 (grille situation-pensée-émotion, à trois colonnes). Cet exercice permet à la victime de remettre doucement en question ses interprétations. Elle ajoute dans une quatrième colonne les questions qu'elle juge pertinentes et qu'elle voudrait se poser pour vérifier la justesse et la pertinence de sa pensée. Enfin, elle répond à ce questionnement dans la cinquième colonne.

Exemple de l'exercice 2 rempli :

Grille de restructuration cognitive avec questionnement socratique

Déclencheur <i>Quelle chose se produit...</i>	Pensée automatique <i>Je me dis...</i>	Émotions / comportements <i>Je ressens et je fais...</i>	Questionnement socratique <i>Je me demande...</i>	Réponses au questionnement <i>Je réponds...</i>
J'entends un son métallique soudain.	«C'est une explosion, c'est dangereux!»	J'ai peur (70 %). Je me protège le visage.	Quels sont les éléments qui me font croire que c'est dangereux? Quels sont les éléments qui me font croire que c'est inoffensif? Pourrait-il y avoir une autre explication?	Ce bruit ressemble à celui de l'explosion. C'est un camion qui passe.
			Au pire, qu'arriverait-il?	Oui. Les autres ne trouvent pas cela dangereux; ce bruit est désagréable mais pas un signe de danger. Le camion peut freiner brusquement, il peut y avoir un accident. Ce risque est minime.
			Quel est le risque que cela se produise? Pourrais-je m'y adapter?	Je pourrais m'y adapter et il y a peu de risques que je sois blessé.

Exercice 2:
Grille de restructuration cognitive avec questionnement socratique

Déclencheur <i>Quelle chose se produit...</i>	Pensée automatique <i>Je me dis...</i>	Émotions / Comportements <i>Je ressens et je fais...</i>	Questionnement socratique <i>Je me demande...</i>	Réponses au questionnement <i>Je réponds...</i>

Travail spécifique : Se questionner sur les attributions

La grille à cinq colonnes présentée précédemment est une excellente stratégie pour assouplir certaines pensées automatiques et attributions dysfonctionnelles. Un autre exercice que nous présenterons ici cible plus spécifiquement les attributions. Comme nous l'avons vu précédemment, un événement traumatisant est par nature totalement imprévisible et extrêmement négatif. À la suite de cette expérience, les victimes tenteront de comprendre, de s'expliquer ce qui s'est passé et attribueront la responsabilité de cet événement à un ou à plusieurs facteurs. Elles auront souvent tendance à s'attribuer une part excessive de responsabilité pour ce qui leur est arrivé. Or, ce type d'attribution est souvent associé à des symptômes post-traumatiques plus sévères et à des sentiments intenses de tristesse, de honte ou de culpabilité.

L'exercice de la *tarte d'attribution* peut être très utile pour mieux comprendre les facteurs qui sont considérés par la victime comme des éléments responsables de l'événement. Il permet aussi d'aider la victime à remettre en question certaines attributions qui entraînent de la détresse et à envisager d'autres facteurs qui pourraient aussi avoir joué un rôle dans l'événement.

Prenons l'exemple de Louis, qui a vécu une agression physique alors qu'il était propriétaire d'un bar. Les voleurs sont entrés dans le bar alors qu'il était en train de fermer la porte et on l'a agressé à coups de couteau afin de voler le contenu de la caisse des machines à sous. Depuis, il présente beaucoup de symptômes post-traumatiques et d'intenses sentiments de culpabilité qui semblent découler de son interprétation des facteurs responsables de l'agression. La première étape de cet exercice consiste à lui demander d'utiliser une « tarte d'attribution » et d'y illustrer l'importance des divers facteurs causaux qui pourraient être responsables de l'agression (voir l'exemple de cet exercice ci-dessous). Remarquez qu'il identifie d'abord son comportement comme le principal responsable de l'agression (« Si j'avais fermé la porte cinq minutes plus tôt, ça ne serait pas arrivé »). Il considère ensuite la malhonnêteté des agresseurs comme le deuxième facteur responsable de l'agression.

Ensuite, le thérapeute et la victime utilisent le questionnement socratique afin de permettre une réévaluation de la responsabilité de

chacun des facteurs : quelles sont les preuves appuyant et réfutant son interprétation qu'effectivement le vol aurait été empêché par ce comportement? Y a-t-il une autre façon de considérer les causes responsables de l'événement? On demande alors à la victime de reconsidérer l'importance de chacun des facteurs de la façon la plus objective possible. De plus, elle doit aussi vérifier si tous les éléments potentiels ont été envisagés et considérer d'autres causes qui ne lui semblaient pas pertinentes auparavant (questions 2 de l'exercice).

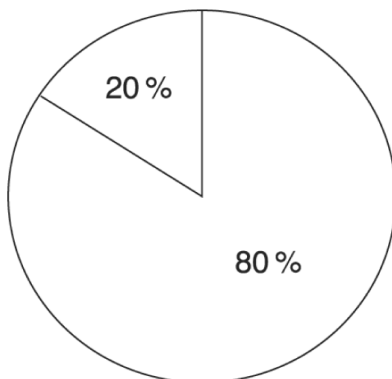
Enfin, la victime utilise une seconde tarte d'attribution et y indique le résultat de sa remise en question des divers facteurs impliqués. À ce moment-là, Louis a réalisé qu'il n'avait pas considéré le rôle des mesures déficientes de sécurité et celui de l'important montant d'argent présent dans les machines à sous, augmentant l'appât du gain. Il a ainsi redistribué les facteurs responsables dans une autre tarte de réattribution. Cet exercice a considérablement diminué sa culpabilité associée à l'agression physique ainsi que sa détresse post-traumatique, son évitement social et les symptômes dépressifs qui en découlaient.

Cet exercice est très utile pour identifier et remettre en question l'interprétation attributionnelle de la victime. On peut aussi utiliser cette tarte pour mieux comprendre et travailler ses attributions face à la cause de l'événement, à ses comportements lors de l'événement, à ses symptômes post-traumatiques ou à l'attitude de son entourage.

Exemple d'exercice rempli de la tarte d'attribution

Causes de l'événement

1. Selon vous, quelles sont les causes responsables de l'événement traumatique?



80 % = mon comportement

20 % = les agresseurs

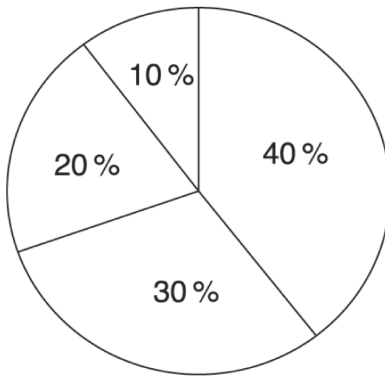
2. a) En examinant bien cette tarte, êtes-vous sûr que chacun des éléments a sa part équitable de responsabilité? Se pourrait-il que la responsabilité d'un ou de plusieurs facteurs soit exagérée?

«Je surévalue peut-être ma responsabilité, après tout. J'ai toujours fermé cette porte à la même heure et c'est la première fois qu'une agression se produit.»

b) Se pourrait-il que d'autres facteurs aient pu aussi jouer? Par exemple, avez-vous considéré le rôle du hasard, du contexte social, de l'agresseur, de votre environnement, de la destinée, ou de la personne présente avec vous lors de l'événement, dans votre évaluation? Pourquoi?

«Non, j'avais l'impression que c'était seulement moi le responsable. Ce qui semble aussi avoir joué, par contre, ce sont les mesures de sécurité déficientes et les gains présents dans les machines.»

3. Si vous aviez à refaire cette tarte, comment répartiriez-vous les responsabilités maintenant?



40 % = les mesures déficientes de sécurité

30 % = les gains dans les machines

20 % = les agresseurs

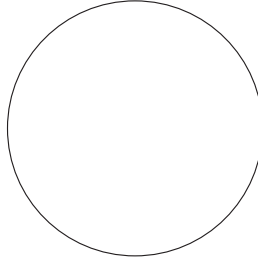
10 % = mon comportement

«Maintenant que je reconsidère le tout, je réalise que plusieurs facteurs ont probablement joué dans la cause de cette agression. Je n'avais jamais envisagé les mesures déficientes de sécurité et les gains importants dans les machines à sous comme des facteurs importants. Je me sens moins coupable maintenant.»

Exercice de la tarte d'attribution

Causes de l'événement

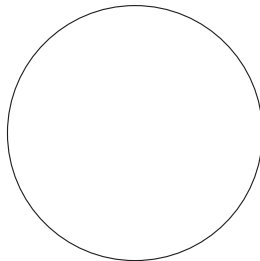
1. Selon vous, quelles sont les causes responsables de l'événement traumatique ?



2. a) En examinant bien cette tarte, êtes-vous bien sûr que chacun des éléments a sa part équitable de responsabilité? Se pourrait-il que la responsabilité d'un ou de plusieurs facteurs soit exagérée?

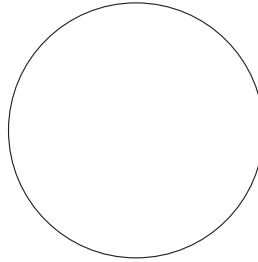
- b) Se pourrait-il que d'autres facteurs aient pu aussi jouer? Par exemple, avez-vous considéré le rôle du hasard, du contexte social, de l'agresseur, de votre environnement, de la destinée, ou de la personne présente avec vous lors de l'événement, dans votre évaluation? Pourquoi?

3. Si vous aviez à refaire cette tarte, comment répartiriez-vous les responsabilités maintenant ?



Exercice de la tarte d'attribution
Réactions lors de l'événement

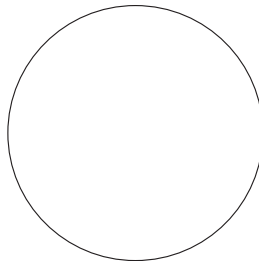
1. Selon vous, quels sont les éléments qui ont contribué à faire en sorte que vous avez réagi de cette façon lors de l'événement ?



2. a) En examinant bien cette tarte, êtes-vous sûr que chacun des éléments a sa part équitable de responsabilité ? Se pourrait-il que la responsabilité d'un ou de plusieurs facteurs soit exagérée ?

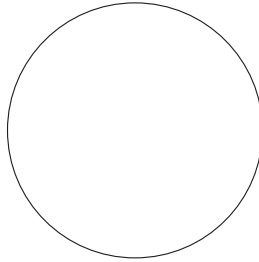
- b) Se pourrait-il que d'autres facteurs puissent aussi jouer ? Par exemple, avez-vous considéré le pouvoir de la peur, le choc de la surprise, les réactions dissociatives, les sentiments d'impuissance ou d'horreur, les données que vous possédiez lors de l'événement dans votre évaluation ? Pourquoi ?

3. Si vous aviez à refaire cette tarte, comment répartiriez-vous les responsabilités maintenant ?



Exercice de la tarte d'attribution
Attitudes de l'entourage

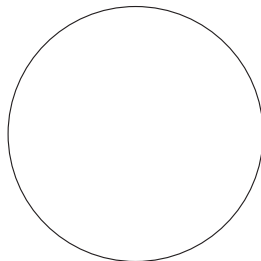
1. Selon vous, pourquoi votre entourage réagit-il de cette façon avec vous ?



2. a) En examinant bien cette tarte, êtes-vous sûr que chacun des éléments a sa part équitable de responsabilité ? Se pourrait-il que la responsabilité d'un ou de plusieurs facteurs soit exagérée ?

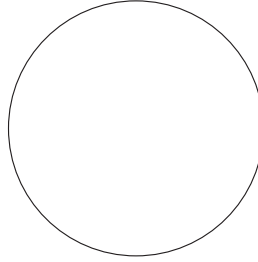
- b) Se pourrait-il que d'autres facteurs puissent aussi jouer ? Par exemple, avez-vous considéré le rôle de leur inquiétude à votre égard, de leur difficulté à vous accompagner dans votre démarche, de leurs sentiments possibles de culpabilité ou de révolte ou de leur difficulté à remettre en question leurs propres croyances fondamentales dans votre évaluation ? Pourquoi ?

3. Si vous aviez à refaire cette tarte, comment répartiriez-vous les responsabilités maintenant ?



Exercice de la tarte d'attribution
Symptômes post-traumatiques

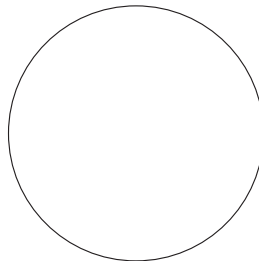
1. Selon vous, pourquoi vivez-vous des symptômes post-traumatiques actuellement ?



2. a) En examinant bien cette tarte, êtes-vous sûr que chacun des éléments a sa part équitable de responsabilité ? Se pourrait-il que la responsabilité d'un ou de plusieurs facteurs soit exagérée ?

- b) Se pourrait-il que d'autres facteurs puissent aussi jouer ? Par exemple, avez-vous considéré le rôle des différents facteurs déclencheurs, prétraumatiques et de maintien dans votre évaluation ? Pourquoi ?

3. Si vous aviez à refaire cette tarte, comment répartiriez-vous les responsabilités maintenant ?



Habilités thérapeutiques spécifiques à cette étape

Le thérapeute doit être particulièrement attentif à cette phase afin de ne pas tomber dans le piège du discours moralisateur, exhortatoire ou positiviste. L'objectif de cette démarche n'est pas de démontrer à la victime qu'elle doit reconsidérer complètement sa façon de penser, mais bien d'induire un désir d'examiner plus avant sa façon d'interpréter les choses. Des données de recherche démontrent en effet que la remise en question des pensées anxio-gènes est en soi extrêmement thérapeutique, et ce, davantage que le fait de parvenir à énoncer une nouvelle pensée plus rationnelle, plus « parfaite ». En fait, ce qui est particulièrement thérapeutique, c'est l'apprentissage d'une certaine souplesse cognitive. C'est l'apprentissage de la nouvelle habitude de prendre une certaine distance face à ses interprétations et de pouvoir maintenant les reconsidérer, de les remettre en question, d'en produire de nouvelles, de les envisager comme des hypothèses et de nouvelles explications et de se sentir moins rigide face à elles.

Il est également important que le thérapeute résiste à la tentation de répondre aux questions posées à la victime. L'objectif est donc de guider doucement la victime à travers la remise en question de ces pensées automatiques anxio-gènes et non pas de lui dicter ses réponses ou de plaquer de nouvelles pensées plus réalistes.

Enfin, il est essentiel d'adopter une attitude empathique et détendue lors de la remise en question des pensées automatiques et des attributions de la victime. Nous ne sommes pas du tout ici dans un processus évaluatif, mais bien dans une étape de reconsidération de certaines interprétations. Par ailleurs, il est indispensable de mettre en évidence la fonction protectrice des pensées automatiques. Elles ne sont peut-être pas des plus logiques, mais ces cognitions sont d'abord pour la victime une première réaction pour se prémunir contre une nouvelle expérience traumatisante. L'indulgence et un certain humour chez le thérapeute peuvent permettre à la victime d'être elle-même indulgente et empathique face à ses propres pensées. Ces attitudes aident aussi la victime à prendre une certaine distance par rapport à ses pensées et à les remettre en question plus facilement. L'objectif est de faciliter ce

processus de remise en question de ses pensées sans que la victime se sente diminuée ou menacée.

9.7.3 Identifier les distorsions cognitives associées au TSPT

Les distorsions cognitives sont les lunettes qui filtrent la réalité. Elles permettent l'émergence de pensées automatiques et d'attributions qui confirment les croyances fondamentales.

Tel qu'on l'a vu à la section 9.2.2, plusieurs types de distorsions cognitives ont été identifiés dans la littérature. Nous les représentons ici pour les besoins de la cause. Les distorsions les plus courantes chez les victimes souffrant de TSPT sont les suivantes :

- 1) *L'inférence arbitraire*. La victime arrive à une conclusion en l'absence de preuves suffisantes pour la soutenir.
- 2) *La personnalisation*. La victime se sent personnellement concernée et responsable de la cause ou des conséquences des événements alors qu'ils sont peu liés à elle ou qu'aucun indice ne permet une telle attribution.
- 3) *Le raisonnement émotionnel*. La victime se base sur ses émotions pour arriver à une conclusion.
- 4) *L'attention sélective*. La victime concentre son attention sur un détail en ignorant des aspects plus importants de la situation.
- 5) *La surgénéralisation*. La victime arrive à une conclusion sur la base d'un ou de plusieurs petits éléments isolés et étend cette conclusion à l'ensemble des autres situations.
- 6) *La catastrophisation*. La victime surestime le pourcentage de risques qu'un événement se reproduise ou exagère les conséquences négatives d'un événement.
- 7) *La pensée dichotomique*. La victime interprète la réalité sans nuances, selon les deux extrêmes du continuum seulement. Ce type de pensée est caractérisé par un manque de nuances, de souplesse et une grande rigidité.

Afin d'aider la victime à reconnaître ses distorsions, il est d'abord important d'explicitier la fonction des distorsions cognitives

et de vulgariser les divers types de distorsions possibles. Pour ce faire, tentez de trouver avec la victime des exemples concrets de chacune d'elles.

Ensuite, reprenez avec elle certaines de ses pensées automatiques et essayez de vérifier la présence de distorsions. Plusieurs questions peuvent l'aider à reconnaître ses distorsions cognitives :

- « Est-il possible que je filtre la réalité ? »
- « Est-ce que je me base sur suffisamment de preuves pour tirer cette conclusion ? »
- « Est-il possible que j'exagère ? Que je surgénéralise ? »
- « Est-il possible que j'utilise un type de pensée "tout ou rien" ? »
- « Est-il possible que je pense en termes de certitudes plutôt que de probabilités ? »
- « Est-il possible que je me concentre sur des éléments inutiles ? »
- « Est-il possible que j'utilise des mots ou des phrases extrêmes ou exagérés ? »
- « Ai-je tendance à me sentir exagérément concerné par certains événements ? »
- « Est-il possible que je prenne des exemples hors contexte ? »
- « Est-il possible que je pose des jugements basés sur mes sentiments plutôt que sur des faits ? »

L'objectif ici est de favoriser une prise de conscience par la victime de ses filtres face à la réalité. En complément, vous pouvez aussi utiliser le livre-outil de Robin, Girard et Banville (2007) qui met en évidence de façon très originale les diverses distorsions en utilisant un filtre rouge placé ou non sur des phrases ou des images.

Travail spécifique : identifier les distorsions sous-jacentes à la culpabilité et à la honte

Parallèlement à ces distorsions cognitives, vérifiez si la victime utilise une des quatre autres distorsions identifiées par Kubany et Manke (1995) et qui sont associées à des sentiments de culpabilité :

- 1) Les victimes croient souvent qu'elles «savaient» ce qui allait se passer avant même qu'il soit possible de prédire le déroulement des événements.
- 2) Les victimes exagèrent souvent leur degré de responsabilité dans la cause de l'événement ou dans les conséquences qui ont suivi.
- 3) Les victimes considèrent souvent que leurs actions lors de l'événement n'étaient pas pleinement justifiées alors qu'elles étaient basées sur celles disponibles à ce moment-là.
- 4) Les victimes considèrent souvent qu'elles ont violé leurs valeurs personnelles sans envisager les circonstances et malgré le fait que leurs intentions étaient congruentes à leurs valeurs.

La restructuration des cognitions dévalorisantes à la suite de l'agression («Je suis sale, maintenant», «Si j'avais eu de la valeur, ça ne me serait pas arrivé») ainsi que des cognitions dramatisant le jugement négatif d'autrui pourraient favoriser une diminution de la honte. Ce travail cognitif pourrait diminuer l'intensité de la honte et de la culpabilité ainsi que prévenir les tendances dysfonctionnelles d'«autoflagellation» cognitive et de dévalorisation grave de l'estime de soi.

Ces stratégies favorisent également une diminution des symptômes de rumination, d'intrusion post-traumatique, ainsi que les comportements de retrait social qui sont très souvent associés à la honte et à la culpabilité.

Exercice 3: Grille de restructuration cognitive avec distorsions

L'exercice 3 permet à la victime de se poser les questions permettant d'identifier les distorsions à la base de ses pensées automatiques et de ses attributions. La victime remplit ainsi une sixième colonne et tente d'identifier ses distorsions.

Prenons l'exemple de Chantal, qui a très peur d'aller manger au restaurant depuis qu'elle a vécu une agression physique alors qu'elle travaillait comme agente d'assurances. L'exercice d'identification de ses pensées automatiques montre que lorsqu'elle est assise dans un restaurant et voit un homme seul à table, elle a

automatiquement cette pensée: «Il va se lever de table et m'attaquer.» Cette pensée est si anxiogène que Chantal ressent énormément d'anxiété et est souvent obligée de se lever de table. Le travail de questionnement socratique a mis en évidence la dimension hautement improbable d'une agression dans un lieu public sans mobile apparent. Chantal réalise soudainement l'aspect irrationnel de cette pensée et parvient à se demander: «Pourquoi un inconnu se lèverait-il soudainement de table pour m'agresser alors que je ne le connais pas et qu'il y a plein de monde?» Lorsqu'elle tente d'identifier les distorsions à la base de sa pensée dysfonctionnelle, elle reconnaît le raisonnement émotionnel («Je considérais que si j'avais peur, c'était la preuve qu'il y avait un danger») et la catastrophisation («Bien sûr, certaines personnes sont agressives, mais j'exagérais la probabilité qu'il m'agresse dans ces conditions»). Elle a été capable de sourire à cette idée tout en restant empathique à une partie d'elle qui avait viscéralement peur. Cet exercice a favorisé une acceptation de ses émotions, une indulgence pour ses peurs ainsi qu'une saine remise en question de ses craintes, ouvrant ainsi la voie à une reprise de ses activités quotidiennes.

Habiletés thérapeutiques spécifiques à cette étape

Le principal défi présent lors de l'identification des distorsions cognitives est l'attitude empathique. Le message à transmettre ici est beaucoup plus «On a tous des filtres pour considérer la réalité, pourriez-vous examiner quels sont les vôtres?» que «Voyons quelles sont vos erreurs de logique lorsque vous interprétez les choses».

De plus, l'objectif consiste à favoriser l'autonomie chez la victime et une capacité à reconnaître ses propres distorsions cognitives dans le quotidien. Par conséquent, tentez de faire en sorte qu'elle mémorise les questions permettant l'identification des distorsions cognitives. Et réfrénez votre envie de répondre aux questions pour elle et de lui souffler les réponses...

Exemple d'exercice 3 rempli:
Grille de restructuration cognitive avec distorsions

Déclencheur <i>Quelle chose se produit...</i>	Pensée automatique <i>Je me dis...</i>	Émotions / Comportements <i>Je ressens et je fais...</i>	Présence de distorsions cognitives? <i>Je réponds...</i>
<p>Une personne me fait penser à cette femme accidentée.</p>	<p>«Je n'ai pas été assez efficace pour la sauver, je me sens coupable, donc c'est de ma faute.»</p>	<p>Je me sens coupable (90%). J'ai des cauchemars et j'évite le travail.</p>	<p>Raisonnement émotionnel (je prends mon émotion de culpabilité comme une preuve de ma responsabilité). Catastrophisation et attention sélective (je considère que mon seul comportement a eu un résultat catastrophique sans prêter attention à d'autres causes probables).</p>

Exercice 3:
Grille de restructuration cognitive avec distorsions

Déclencheur <i>Quelque chose se produit...</i>	Pensée automatique <i>Je me dis...</i>	Émotions / Comportements <i>Je ressens et je fais...</i>	Présence de distorsions cognitives? <i>Je réponds...</i>

9.7.4 Formuler une pensée alternative réaliste

À la suite de la remise en question des pensées et des attributions anxigènes, puis de l'identification des distorsions cognitives sous-jacentes, l'avant-dernière étape de la restructuration cognitive consiste à envisager une nouvelle pensée alternative, réaliste, moins anxigène et qui induira un sentiment de sécurité et d'apaisement chez la victime.

Il est important de préciser que l'objectif n'est pas d'arriver à une pensée positive ou illusoirement sécurisante. La victime est la personne la mieux placée pour bien savoir qu'une agression physique ou un accident grave *est* possible et *peut* arriver. Le but n'est donc pas de se tourner vers des pensées positives, mais de préciser les risques de se trouver dans certaines situations. Malheureusement, il n'y aura jamais de certitude absolue de sécurité... mais la victime parviendra à mieux évaluer, le plus objectivement possible, les risques qu'un autre événement traumatique se produise. Parallèlement à cela, elle parviendra à mieux évaluer ses propres comportements, à démontrer davantage d'indulgence et de nuances dans son interprétation des choses, et entretiendra des pensées plus souples et plus proportionnelles face aux événements.

Il peut être essentiel à cette étape de bien préciser la différence entre une pensée réaliste et une pensée dysfonctionnelle. Quatre critères permettent de distinguer l'une de l'autre (Walen *et al.*, 1980, cités dans Chaloult, 2000) :

- 1) *Une pensée réaliste est vraie, démontrable, évidente.* Par exemple, une pensée dysfonctionnelle serait : « Aller dans une banque est toujours extrêmement dangereux » alors qu'une pensée réaliste serait : « Je cours peu de risques de revivre un autre vol à main armée dans la même banque. »
- 2) *Une pensée réaliste s'exprime en termes relatifs et nuancés.* Par exemple, une pensée dysfonctionnelle serait : « Tous les hommes sont des violeurs potentiels et ils ne pensent qu'à ça » alors qu'une pensée réaliste serait : « La majorité des hommes sont respectueux des femmes mais une minorité d'entre eux peuvent être dangereux et exigent de la prudence. »

- 3) *Une pensée réaliste entraîne des émotions modérées et supportables.* Par exemple, une pensée dysfonctionnelle serait : « Je ne compte même pas assez pour ma femme pour qu'elle comprenne ce que je vis » alors qu'une pensée réaliste serait : « Ma femme trouve difficile de comprendre mes symptômes post-traumatiques. »
- 4) *Une pensée réaliste contribue à l'atteinte d'objectifs de vie, c'est-à-dire qu'une pensée réaliste entraîne moins de détresse et permet à la victime de récupérer plus facilement à la suite de l'événement, alors qu'une pensée dysfonctionnelle maintient les symptômes et prolonge la convalescence.*

Exercice 4: Grille de restructuration cognitive finale

L'exercice 4 vise donc à formuler une pensée qui possède le plus possible ces caractéristiques et qui entraîne une diminution de la peur ou de la détresse. Elle permet aussi à la victime de préciser son émotion à la suite de cette nouvelle pensée et de définir si ses comportements seraient alors différents.

Exercice 4:
Grille de restructuration cognitive finale

Déclencheur <i>Quelle chose se produit...</i>	Pensée automatique <i>Je me dis...</i>	Émotions / Comportements <i>Je ressens et je fais...</i>	Questionnement socratique <i>Je me demande...</i>	Réponses au questionnement <i>Je réponds...</i>	Présence de distorsions cognitives? <i>Je réponds...</i>	Pensée alternative <i>Je reformule...</i>

9.7.5 Travailler les croyances fondamentales

Les séances de restructuration cognitive suivent leur cours, et le thérapeute et la victime mettent en évidence plusieurs pensées automatiques qu'ils reconsidèrent ensemble. Petit à petit, certains thèmes récurrents ressortent de ce travail. Au fur et à mesure de l'identification des pensées automatiques et des attributions, il est possible de reconnaître des similitudes entre les cognitions et de les regrouper selon divers thèmes principaux spécifiques à la victime : ce sont les croyances fondamentales.

La technique de la flèche descendante est aussi une stratégie qui favorise l'identification de ces schémas de base. Il s'agit d'un questionnement successif effectué par le thérapeute qui vise à mettre en évidence l'enchaînement de pensées de plus en plus fondamentales sous-jacentes à la première pensée automatique. Le thérapeute demande ainsi à la victime de préciser les conséquences et les implications de chaque pensée subséquente afin d'arriver jusqu'aux postulats de base. Ce questionnement successif permet à la victime de prendre conscience d'implications et de postulats toujours plus profonds et loin de son expérience consciente.

Pour ce faire, considérez les divers thèmes de schémas proposés par la littérature. Résumons ici ce que Janoff-Bulman identifie comme trois types de croyances fondamentales qui influencent le sentiment d'invulnérabilité personnelle, c'est-à-dire (voir la section 9.2.3 pour une description plus détaillée) :

- 1) la croyance liée à un monde bon ;
- 2) la croyance en un monde juste ;
- 3) la vision de soi comme d'une personne de valeur.

Quant à McCann et Pearlman (1990), ils considèrent que six thèmes de schémas fondamentaux sont davantage touchés par l'événement traumatique ; ce sont :

- 1) le schéma face à sa sécurité ;
- 2) le schéma de confiance ;
- 3) le schéma relié au pouvoir ;
- 4) le schéma face au contrôle ;

- 5) le schéma relié à l'estime de soi ;
- 6) le schéma face à l'intimité.

Chacun de ces schémas peut être lié à soi ou aux autres, et formulé sous une forme négative ou positive.

Enfin, Beck et Emery (1985) considèrent que trois types de schémas sont potentiellement présents chez les personnes anxieuses ; ce sont :

- 1) le schéma lié à l'acceptation sociale ;
- 2) le schéma lié à la compétence ;
- 3) le schéma lié au contrôle.

Un schéma positif ou négatif rigide et absolu préexistant au traumatisme constitue un facteur associé au TSPT. En effet, l'événement traumatique peut venir confirmer le schéma négatif (par exemple, « On ne peut faire confiance à personne ») alors qu'il peut profondément ébranler celui qui est positif (par exemple, « Tout le monde est bon »).

Après l'avoir identifié, une bonne façon de travailler le schéma associé aux symptômes post-traumatiques est d'explorer avec la victime quelles ont été ses premières expériences de vie qui en ont favorisé la formation. Ainsi, les expériences négatives (« On me considérait tout le temps comme le responsable d'événements négatifs dans le passé ») peuvent mener à un schéma négatif (« Je ne peux pas me fier à mon jugement, je ne fais que des erreurs qui peuvent entraîner des conséquences graves »). Lorsque l'événement traumatique se produit, il vient confirmer ce schéma négatif (« Comme d'habitude, je n'entraîne que du malheur ») et entraîne de nombreux symptômes post-traumatiques. À l'inverse, les expériences positives (« J'ai souvent eu la preuve que je peux me fier à mon jugement ») peuvent induire un schéma positif (« Mon jugement est excellent et je ne me trompe jamais »). Lorsque l'événement traumatique se produit, il vient ébranler profondément ce schéma positif (« Comment est-ce possible ? J'avais évalué que c'était une situation sécuritaire ; comment ai-je pu me tromper ainsi ? C'est inadmissible ! »), ce qui peut aussi entraîner de nombreux symptômes post-traumatiques.

Comprendre comment la victime a construit sa grille de compréhension du monde est une expérience fascinante et nous fait mieux comprendre pourquoi l'événement traumatique a eu cet impact spécifique chez elle.

À la suite de cette compréhension, la validité du schéma de base est examinée de la même façon que les pensées automatiques. Le schéma associé aux symptômes et à la détresse est remis en question. L'objectif est de parvenir ultimement à l'assouplir et à le remplacer par un schéma alternatif plus réaliste et plus fonctionnel. Les objectifs thérapeutiques visent à favoriser une saine intégration du traumatisme dans l'univers cognitif de la victime.

Comme nous l'avons vu précédemment, à la suite de l'événement traumatique, les victimes se trouvent face à plusieurs options : faire de l'*assimilation* ou de l'*accommodation* cognitive avec la nouvelle information que constitue l'événement traumatique. La démarche thérapeutique vise à empêcher une surassimilation, c'est-à-dire à modifier considérablement la perception de l'événement traumatique pour permettre son intégration dans des schémas préexistants (« Je dois être responsable de cette agression sexuelle, puisqu'un viol ne se produit que chez des femmes douteuses et qui l'ont, d'une certaine façon, cherché »). Elle tente aussi d'empêcher une suraccommodation, c'est-à-dire un bouleversement complet des croyances préexistantes afin de faire une place à la signification de l'événement traumatique (« Je croyais le monde bon, maintenant je sais qu'il n'est que méchanceté et violence »).

Habiletés thérapeutiques spécifiques à cette étape

Remettre en question un schéma fondamental est très ardu : celui-ci a souvent été renforcé dans le passé et peut constituer une part d'identité de la victime. De plus, le propre d'un schéma fondamental est sa qualité « autoconfirmatoire », c'est-à-dire sa tendance à ne prendre en considération que les éléments qui le confirment et à ignorer ceux qui le contredisent. Le schéma fondamental est par conséquent très résistant au changement. Ce travail demande donc beaucoup de temps, de travail et de patience de la part tant de la victime que du thérapeute.

Ces schémas sont également souvent perçus comme familiers et très sécurisants pour la victime : les remettre en question peut lui sembler menaçant, comme si on lui demandait de baisser les armes. Plusieurs victimes ont l'impression que ce schéma les protège d'une nouvelle retraumatisation. L'image que j'utilise pour illustrer ce propos est celle de l'armure : le schéma fondamental dysfonctionnel est une lourde armure rouillée et rigide (par exemple : « Les hommes sont tous des violeurs et accepter un contact avec un homme est dangereux »). Cette armure restreint de façon majeure leurs mouvements et leur liberté d'action (pas de relation amoureuse, peu de contacts sociaux, évitement de certaines activités, solitude et tristesse), mais elle leur donne l'illusion qu'elle les protège (« Tant que j'évite tous les hommes, je ne prends aucun risque et je suis en sécurité »). Pour ces victimes, l'idée de reconsidérer l'utilité de cette armure et d'envisager une protection plus souple, plus adaptée (« Certains hommes sont dangereux, mais la majorité sont dignes de confiance ») leur donne l'impression qu'elles sont complètement vulnérables et qu'elles mettent leur sécurité en jeu (« Si je ne les évite pas tous, j'augmente mes chances d'être violée de nouveau, je prends donc un risque »).

Il est donc important que le thérapeute prenne conscience du courage dont doivent faire preuve plusieurs victimes pour remettre en question leur schéma fondamental dysfonctionnel. Pour plusieurs d'entre elles, cela signifie prendre un risque énorme. La force de la relation thérapeutique et la confiance qu'elles ont en leur thérapeute influencent beaucoup ce processus. Leur volonté de recommencer à vivre (« Vivre, c'est aussi risquer ») et l'idée qu'elles méritent d'être mieux (« Je mérite de risquer quelque chose pour être plus heureuse ») jouent aussi beaucoup dans leur remise en question de leurs croyances fondamentales.

L'échelle de croyances face au monde

Le *World Assumptions Scale* (WAS; Janoff-Bulman, 1989)

La version du WAS présentée ici est une traduction du *World Assumptions Scale* (WAS; Janoff-Bulman, 1989) effectuée par les membres du laboratoire de recherche Trauma et Résilience de l'Université du Québec à Montréal. La version traduite est

reproduite ici avec la permission de la D^{re} Janoff-Bulman, autrice de l'instrument.

L'échelle de croyances face au monde a été créée afin de mesurer les croyances envers soi-même, le monde et les autres, qui sont impliquées dans sa théorie. Elle est composée de 32 énoncés auxquels on répond à l'aide d'une grille de type Kikert en six points. La consistance interne des trois échelles est bonne : pour l'échelle mesurant la croyance en un monde bienveillant ($\alpha = 0,87$), pour l'échelle mesurant la croyance en un monde qui a un sens, qui est juste ($\alpha = 0,76$) et pour l'échelle mesurant la valeur de soi ($\alpha = 0,80$). Aucune autre information sur les qualités psychométriques de cet instrument n'est actuellement disponible.

Cotation

La cotation s'effectue en additionnant les réponses aux 8 énoncés pour l'échelle mesurant la croyance en un monde bienveillant (énoncés 2, 4, 5, 9, 12, 25, 26 et 30), aux 12 énoncés pour l'échelle mesurant la croyance en un monde juste (énoncés 1, 3, 6, 7, 11, 14, 15, 19, 20, 22, 24 et 29) et aux 12 énoncés pour l'échelle mesurant la valeur de soi (énoncés 8, 10, 13, 16, 17, 18, 21, 23, 27, 28, 31 et 32). Les scores obtenus aux énoncés 2, 3, 6, 8, 12, 15, 18, 24 et 31 doivent être inversés.

L'échelle de croyances face au monde

(World Assumptions Scale; Janoff-Bulman, 1989)

En utilisant l'échelle ci-dessous, choisissez le chiffre qui représente le mieux votre accord ou votre désaccord avec chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus franchement possible. Merci.

Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Légèrement en désaccord	Légèrement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6

Que pensez-vous de chacun des énoncés suivants?

(Encerlez le chiffre correspondant)

	Fortement en désaccord			Fortement d'accord		
	1	2	3	4	5	6
1. Le malheur est moins à même de frapper les gens s'ils sont respectables et honnêtes	1	2	3	4	5	6
2. Les gens sont naturellement hostiles et méchants.	1	2	3	4	5	6
3. Les malheurs sont répartis au hasard parmi les gens	1	2	3	4	5	6
4. La nature humaine est foncièrement bonne.	1	2	3	4	5	6
5. Le nombre de bonnes choses qui se produisent dans ce monde surpasse de beaucoup le nombre de mauvaises	1	2	3	4	5	6
6. Le cours de nos vies est largement déterminé par le hasard	1	2	3	4	5	6
7. Généralement, les gens méritent ce qui leur arrive dans ce monde.	1	2	3	4	5	6
8. Je pense souvent que je ne vauds rien du tout	1	2	3	4	5	6
9. Il y a plus de bon que de mauvais dans ce monde.	1	2	3	4	5	6
10. Je suis fondamentalement une personne chanceuse	1	2	3	4	5	6
11. Les malheurs des gens résultent des erreurs qu'ils ont commises	1	2	3	4	5	6
12. Les gens ne se préoccupent pas vraiment de ce qui arrive aux autres.	1	2	3	4	5	6
13. Je me comporte habituellement de façon à augmenter les résultats positifs en ma faveur.	1	2	3	4	5	6
14. Les gens auront de la chance s'ils sont eux-mêmes bons	1	2	3	4	5	6
15. La vie comporte trop d'incertitudes qui sont déterminées par le hasard.	1	2	3	4	5	6
16. Quand j'y pense, je me trouve très chanceux.	1	2	3	4	5	6

En utilisant l'échelle ci-dessous, choisissez le chiffre qui représente le mieux votre accord ou votre désaccord avec chacun des énoncés. Veuillez répondre le plus franchement possible. Merci.

Fortement en désaccord	Modérément en désaccord	Légèrement en désaccord	Légèrement en accord	Modérément en accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6

**Que pensez-vous de chacun des énoncés suivants?
(Encerlez le chiffre correspondant)**

	Fortement en désaccord			Fortement d'accord		
	1	2	3	4	5	6
17. Je fais presque toujours des efforts pour éviter que des malheurs m'arrivent	1	2	3	4	5	6
18. J'ai une faible opinion de moi-même	1	2	3	4	5	6
19. Dans l'ensemble, les gens «bien» récoltent ce qu'ils méritent dans ce monde	1	2	3	4	5	6
20. Par nos actions, nous pouvons empêcher les malheurs de nous arriver	1	2	3	4	5	6
21. En considérant ma vie, je me rends compte que le hasard a joué en ma faveur	1	2	3	4	5	6
22. Si les gens prenaient des précautions, la plupart des malheurs pourraient être évités	1	2	3	4	5	6
23. Je prends les mesures nécessaires pour me protéger du malheur	1	2	3	4	5	6
24. En général, la vie est principalement un jeu de hasard	1	2	3	4	5	6
25. Le monde est un bon endroit	1	2	3	4	5	6
26. Les gens sont foncièrement bons et serviables	1	2	3	4	5	6
27. Je me comporte habituellement de manière à ce que cela me rapporte le plus de bonnes choses	1	2	3	4	5	6
28. Je suis très satisfait du genre de personne que je suis	1	2	3	4	5	6
29. Quand des malheurs arrivent, c'est typiquement parce que les gens n'ont pas pris les mesures nécessaires pour se protéger	1	2	3	4	5	6
30. Si vous regardez d'assez près, vous constaterez que le monde est plein de bonté	1	2	3	4	5	6
31. J'ai des raisons d'avoir honte de mon caractère	1	2	3	4	5	6
32. Je suis plus chanceux que la plupart des gens	1	2	3	4	5	6

Traduction du *World Assumptions Scale*: Laboratoire de recherche Trauma et Résilience, UQAM. Le WAS a été traduit et intégré à cet ouvrage avec l'aimable autorisation de la D^{re} Ronnie Janoff-Bulman, autrice de l'instrument et professeure à l'University of Massachusetts, à Amherst.

9.8 Cinq cognitions particulièrement difficiles : que faire ?

Cinq cognitions sont particulièrement associées à un maintien des symptômes post-traumatiques chez les victimes. Ce sont : 1) «Le monde est extrêmement dangereux»; 2) «Ce qui est arrivé est de ma faute»; 3) «Ce qui m'est arrivé est honteux»; 4) «Je suis nul, incompetent, faible»; 5) «La vie n'a aucun intérêt ni aucun sens».

Ces cognitions sont courantes chez des victimes de trauma et sont souvent très rigides. Elles constituent un défi pour le clinicien, qui remarque leurs effets dévastateurs sur l'humeur et la symptomatologie de son patient. En effet, comment se sentir mieux lorsque l'on croit profondément en de telles pensées? Ces cognitions sont travaillées de la même façon que toutes les autres, à l'aide de la restructuration cognitive, mais vous trouverez ici quelques suggestions thérapeutiques supplémentaires. Celles-ci pourraient aider la victime à assouplir, à remettre en question ou à reconsidérer ses pensées associées à sa détresse.

1. «Le monde est extrêmement dangereux.»

Cette cognition est courante chez les victimes et contribue fortement au maintien de la structure de peur post-traumatique. En effet, la victime perçoit qu'elle doit se prémunir contre un danger diffus, ce qui encourage ses symptômes d'hypervigilance. De plus, elle pense que l'évitement est tout à fait utile et que la structure de peur est fonctionnelle puisqu'elle «sert» à la prémunir contre une seconde traumatisation. Par conséquent, cette pensée s'autorenforce avec le temps, la victime utilisant des distorsions cognitives (l'attention sélective en particulier) qui confirment la perception de base. Que faire pour aider une victime qui adhère profondément à cette vision des choses ?

- *Utilisez le questionnement socratique.* Demandez à la victime de dresser une liste de preuves appuyant l'hypothèse que le monde est extrêmement dangereux, mais surtout d'indices indiquant que le monde est aussi un endroit sécuritaire.
- *Examinez la présence de distorsions cognitives.* Identifiez les distorsions cognitives qui peuvent être à la base de cette perception : il s'agit souvent de surgénéralisation et d'attention sélective (ne

voir que les actes de violence dans le monde en généralisant et sous-considérer le nombre d'actes bons).

- *Effectuez le calcul des probabilités d'un événement précis.* Avec la victime, tentez d'évaluer la probabilité réaliste qu'un acte de violence précis, spécifique, se reproduise dans le prochain mois.
- *Dressez une liste des avantages et des inconvénients de cette pensée.* Demandez à la victime de dresser une liste des avantages (p. ex. «me protéger») et des inconvénients de considérer le monde comme extrêmement dangereux (p. ex. isolement, état d'alerte constant et peu rentable, perte de plaisir, etc.).
- *Identifiez les précautions raisonnables.* L'objectif n'est pas d'imposer à la victime une vision rose bonbon de la vie et du monde, mais plutôt d'arriver à une perception et à une relation face au monde plus réalistes et plus souples. Voyez avec elle quels sont les précautions, les comportements de vigilance qui sont raisonnables, utiles, et qui ont un bon rapport «coûts/rendement», c'est-à-dire qui demandent un montant raisonnable de temps et d'énergie et qui augmentent la sensation de sécurité (p. ex. fermer ses portes au coucher, sortir dans des lieux achalandés, avoir un téléphone cellulaire, etc.) par rapport à ceux qui sont plus coûteux et extrêmes et qui n'augmentent le sentiment de sécurité que d'une façon négligeable (p. ex. ne jamais sortir, vérifier compulsivement les serrures).

2. «Ce qui est arrivé est de ma faute.»

Cette cognition est aussi très courante chez les victimes. Dans une tentative de trouver un sens à ce qu'elles ont vécu, elles vont souvent se blâmer elles-mêmes. Certaines ressentent plus de sentiment de contrôle avec cette cognition, mais en général le résultat est une augmentation des symptômes dépressifs et post-traumatiques et du niveau de culpabilité. Voici quelques suggestions qui pourraient aider la victime à assouplir cette pensée.

- *Faites de la psychopédagogie sur le jugement a posteriori.* Démonstrez à la victime comme il est facile de juger de ses actions une fois que le déroulement de l'événement est connu et que l'environnement est propice à la réflexion et à l'analyse, deux conditions qui n'existaient pas lors du trauma.

- *Utilisez la tarte d'attribution des responsabilités.* Demandez à la victime de déterminer le pourcentage de responsabilités des facteurs causaux qui sont impliqués. Ensuite, tentez de déterminer ensemble si les pourcentages sont réalistes et proportionnels et si tous les facteurs pertinents ont été envisagés.
- *Mettez en évidence la stratégie du double standard.* Il peut être étonnant de constater que les victimes se blâment souvent beaucoup plus sévèrement que si elles avaient à juger l'action de quelqu'un d'autre. Demandez à la victime comment elle jugerait les actions d'une personne qui aurait vécu la même chose et qui aurait agi de la même façon qu'elle.
- *Développez l'indulgence.* Le processus thérapeutique peut être une belle occasion de reconsidérer ses attentes et ses exigences envers soi-même, de les diminuer à un niveau raisonnable et de développer davantage de compréhension et d'acceptation de soi-même.
- *Envisagez la fonction du blâme.* Comme nous l'avons vu précédemment, certaines victimes utilisent le blâme pour se punir ou pour expier une faute. Envisagez une telle fonction et tentez de nommer le besoin qu'elle comble. La victime trouve-t-elle un gain secondaire malsain à cet excès de blâme? Lui sert-il à se punir? Le voit-elle comme une expiation méritée? Et si oui, quand considérera-t-elle qu'elle a assez expié sa faute?
- *Explorez la spiritualité.* La spiritualité joue beaucoup dans notre compréhension des causes de ce qui nous arrive. Tentez d'explorer le rôle de la spiritualité dans le blâme de la victime. Quelles sont ses croyances face aux événements négatifs? Croit-elle en un Dieu vengeur et punitif? Croit-elle en une force surnaturelle exigeante ou mécontente de ses actes? A-t-elle l'impression qu'elle doit racheter des actes familiaux passés?

3. «Ce qui m'est arrivé est honteux.»

La honte constitue un jugement impliquant le regard des autres. Il s'agit d'une évaluation de notre valeur personnelle à la lumière de ce qu'on pense être les standards sociaux acceptables. Cette honte renforce le stigma et l'isolement social. Elle maintient et renforce

la valence négative entre les associations de la structure de peur et accentue ainsi les symptômes post-traumatiques.

- *Examinez les valeurs sociales et de l'entourage.* La société, l'entourage, le tissu socioéconomique, les préjugés sociaux et culturels sont souvent impliqués dans cette honte. Il est approprié d'examiner quels sont les standards pris en compte par la victime dans son évaluation de sa valeur personnelle et de vérifier avec elle s'ils sont réalistes et adéquats.
- *Voyez avec la victime l'importance qu'elle accorde au jugement des autres.* Cette cognition est souvent liée étroitement à l'importance que la victime accorde au jugement des autres. Tentez d'identifier en quoi ce jugement est si important et profitez de l'occasion pour aider la victime à remettre en question l'importance qu'elle accorde à ce que les autres pensent d'elle. Explorez la pertinence de correspondre à tout prix aux attentes des autres. Il peut être aussi opportun de travailler à améliorer son estime de soi et sa confiance en soi.
- *Favorisez le partage de l'expérience.* Encouragez la victime à exprimer et à partager ce qu'elle trouve honteux en thérapie avec vous. Cela pourrait peut-être lui permettre de remettre en question ses jugements sévères envers elle-même et de faire l'expérience intime de l'acceptation inconditionnelle et de l'empathie si puissantes et précieuses en psychothérapie, ce qui pourra l'aider par la suite à développer cette même attitude face à elle-même.

4. «Je suis nul, incompetent, faible.»

Plusieurs victimes minimisent leurs forces et se comparent à ce qu'elles pensent que font les autres, à ce qui est la supposée «norme» ou à une vision idéalisée de ce qu'elles faisaient avant. Cette pensée est associée à des symptômes de dévalorisation et de dépression. Afin d'être justes, il sera important pour elles de développer d'autres standards, qui seront davantage basés sur leurs capacités temporaires actuelles. Voici quelques suggestions afin d'aider la victime à reconsidérer cette vision d'elle-même.

- *Dressez une liste de compétences quotidienne.* Demandez à la victime d'établir une liste de toutes les bonnes choses qu'elle fait

dans une journée : les choses positives, les choses où elle se sent en contrôle et compétente. L'objectif consiste ici à favoriser une meilleure évaluation de ses propres ressources et une prise de conscience de ses compétences.

- *Examinez la présence de distorsions cognitives.* Identifiez les distorsions cognitives qui peuvent être à la base de cette perception : il s'agit souvent de surgénéralisation et d'attention sélective (la victime ne voit que les défauts et les manques chez elle ou elle sous-estime ses qualités et ses réussites).
- *Travaillez ses attentes irréalistes.* Cette cognition découle souvent d'attentes qui sont tellement irréalistes et exigeantes que la victime ne peut qu'échouer face à elles. Il peut être important de préciser ses attentes face à elle-même et de vérifier avec elle si celles-ci sont réalistes.

5. «La vie n'a aucun intérêt ni aucun sens.»

Plusieurs victimes considèrent que l'expérience traumatique a remis en question de façon profonde leur amour de la vie et leur intérêt à son égard. Elles se sentent émoussées émotivement et ces symptômes les portent à croire que plus rien n'est digne d'intérêt. Elles s'isolent, ne sortent plus, ce qui contribue à rendre leur quotidien inintéressant et monotone. Elles se sentent déprimées et découragées face à l'avenir. Comment les aider à remettre en question cette pensée et à diminuer leurs symptômes de dépression ?

- *Mettez en évidence les distorsions cognitives.* Cette pensée découle souvent d'attention sélective (ne considérer que les éléments négatifs de la vie), de raisonnement émotionnel (« Parce que je suis déprimé, j'en conclus que la vie est déprimante et ne mérite pas d'être vécue ») et de surgénéralisation (« J'en conclus que mes symptômes et cette vision des choses seront permanents, plutôt que de les considérer comme un état temporaire »).
- *Dressez une liste des activités autrefois agréables.* Demandez à la victime de faire une liste des activités qui l'enthousiasmaient auparavant et ajoutez celles qui semblent plus importantes pour elle actuellement. Même si cela lui semble difficile, il sera important de l'encourager à reprendre certaines activités aimées précédemment.

- *Prévoyez des exercices d'activités quotidiennes.* Tentez d'intégrer des activités à son horaire grâce à une liste d'activités quotidiennes. Demandez-lui d'effectuer au moins une activité agréable par jour et de sortir au moins une fois de chez elle. Précisez-lui qu'elle n'aura pas envie d'effectuer ces exercices au début et qu'elle devra temporairement les faire quand même. Il est primordial de contrer la « spirale descendante » qui s'installe sournoisement lors de pensées déprimantes, c'est-à-dire « Plus je suis triste, moins je sors » et « Moins je sors, plus je suis déprimée ». Il s'agit de recréer un quotidien plus stimulant, qui augmentera l'intérêt.

Favorisez un sens existentiel et spirituel. La recherche de sens à sa vie est souvent inhérente au travail avec des victimes ayant vécu de près la mort ou la méchanceté humaine. Leurs priorités ont changé et elles sont souvent confuses devant ce bouleversement. Tentez de les accompagner dans cette démarche de redéfinition du sens de leur vie et de la nature du monde en précisant avec elles un nouveau sens et de nouvelles valeurs de vie. Si vous sentez que cela pourrait leur faire du bien, recommandez-les à des ministres de leur religion pour un accompagnement spirituel plus profond.

CHAPITRE 10

FACILITER LA DÉTENTE ET L'APAISEMENT

«Je suis constamment tendue, crispée», «Je ne peux pas m'endormir, je me retourne dans mon lit sans arrêt», «J'ai tellement peur d'être agressé de nouveau que je suis tout le temps en état d'alerte», «Je suis à fleur de peau, je suis très irritable et je me dispute avec tout le monde».

Après avoir vécu un événement traumatique, les victimes se sentent souvent extrêmement stressées physiologiquement. Elles ressentent une tension musculaire intense, de la difficulté à dormir, de l'irritabilité, une impression d'être constamment à fleur de peau, un état d'alerte permanent. Cet état peut entraîner beaucoup de détresse et de fatigue et nuire à leur processus de récupération. De plus, il peut affecter considérablement leurs relations interpersonnelles et entraîner des stress relationnels supplémentaires. Certaines cognitions irrationnelles provoquent des tensions musculaires importantes et la restructuration cognitive peut avoir aidé à les apaiser, mais c'est quelquefois insuffisant et il est alors nécessaire de passer par le corps. C'est là que les stratégies de respiration et de relaxation interviennent.

Aider une victime à se détendre aura plusieurs conséquences positives. D'abord, le but est de l'aider à diminuer ses symptômes d'hyperactivation post-traumatiques, dont nous venons de parler. Cela risque de faciliter son quotidien et de permettre un sommeil plus facile, en plus de diminuer son sentiment d'impuissance, puisque la victime sent maintenant qu'elle peut avoir un certain contrôle sur son anxiété, ce qui renforce son humeur et son

sentiment d'autoefficacité. De plus, ces stratégies facilitent les exercices d'exposition *in vivo* et au souvenir du trauma. En effet, elles permettent à la victime d'apprendre à s'autoapaiser, ce qui lui sera très utile lorsqu'elle s'exposera à des éléments anxiogènes.

Plusieurs stratégies de gestion du stress existent dans la littérature. Nous nous concentrerons ici sur quelques-unes qui ont démontré leur efficacité et qui sont utilisées avec des victimes de traumatisme. Nous verrons ainsi particulièrement la rééducation respiratoire et la relaxation musculaire progressive de style Jacobson.

10.1 La rééducation respiratoire

Nous présenterons dans cette section quelques types de rééducation respiratoire. La *respiration diaphragmatique* est une stratégie très utilisée dans les études impliquant des personnes souffrant d'autres troubles anxieux; elle est en particulier utilisée par le laboratoire du Dr Barlow pour les gens souffrant de trouble panique. Elle vise surtout à contrer les symptômes d'hyperventilation.

Pour sa part, le *contrôle respiratoire* est une stratégie proposée par la Dre Edna Foa, qui travaille spécifiquement auprès des victimes de traumatisme, particulièrement les victimes d'agression sexuelle. Cette stratégie vise surtout à diminuer le rythme de la respiration en mettant l'accent sur l'expiration.

10.1.1 La respiration diaphragmatique

La respiration diaphragmatique vise à contrer l'hyperventilation et les conséquences de celle-ci. En effet, en situation de détente, la respiration normale se fait à un rythme régulier et maintient l'équilibre entre l'entrée d'oxygène et la sortie de gaz carbonique. En situation de stress ou lorsque la victime est en contact avec un élément anxiogène, la respiration tend à devenir plus rapide et saccadée: le corps se prépare à faire face à un « danger » et à fournir au cœur et aux muscles l'oxygène nécessaire à la fuite ou à la défense. Or, souvent, en situation de panique, le corps reste inactif et ne dépense pas cet apport massif d'oxygène. Il y a donc déséquilibre entre l'oxygène et le gaz carbonique: c'est l'*hyperventilation*. Cet état entraîne de multiples symptômes

désagréables : palpitations, étourdissements, vue embrouillée, sensation d'étouffement, sensation d'irréalité, sueurs froides.

Les victimes qui hyperventilent ne s'en rendent souvent pas compte : elles craignent de vivre un autre événement traumatique, elles se sentent vulnérables, elles ont peur et elles respirent inconsciemment avec les muscles du haut de la poitrine. C'est une respiration superficielle, courte et saccadée. Elles sont ensuite étourdies, sentent leur « tête légère », ont l'impression qu'elles vont s'évanouir, ont de la difficulté à bien voir : ces symptômes physiques leur font peur et leur font croire qu'il y a effectivement un danger ou qu'elles vont perdre le contrôle, ce qui les effraie encore davantage.

La respiration diaphragmatique vise à favoriser une respiration plus lente et plus profonde, rétablissant l'équilibre entre l'oxygène et le gaz carbonique. Cette stratégie vise aussi à ralentir le rythme cardiaque et à diminuer les risques d'hyperventilation. Elle entraîne un ralentissement du rythme de la respiration, une détente des muscles abdominaux et une sensation générale d'apaisement.

Consignes à donner à la victime pour la respiration diaphragmatique

- 1) Posez une main sur votre poitrine et une autre sur votre ventre ;
- 2) Essayez d'inspirer par le nez en gonflant votre ventre, sans trop bouger les muscles de la poitrine ;
- 3) Inspirez lentement en vous disant dans votre tête :
Je-resssspiiiiiii-re ;
- 4) Ralentissez le rythme de votre respiration ;
- 5) Expirez lentement par le nez en vous disant :
Caaaaa-llllllllmmmmmmme ;
- 6) Recommencez lentement.

Mentionnez à la victime qu'elle ne doit pas trop forcer son inspiration. L'objectif est de favoriser une respiration plus lente, plus profonde et plus agréable du *bas de l'abdomen*. Dites-lui de relâcher ses muscles abdominaux et d'essayer de laisser aller ses tensions. Demandez-lui de se concentrer ensuite sur ses sensations de détente lorsqu'elle inspire et expire.

La respiration diaphragmatique *est un apprentissage*. Comme tout apprentissage, il deviendra de plus en plus facile avec de l'entraînement quotidien. Au début, ne vous attendez pas à ce que cette stratégie parvienne à détendre votre patient dans des situations stressantes. Il faut, dans un premier temps, pratiquer cette nouvelle stratégie dans des situations faciles. Demandez à la victime de respirer de cette façon d'abord dans des situations calmes. Par exemple, lorsqu'elle est dans un environnement sécuritaire, lorsqu'elle est détendue elle-même, assise devant la télévision, dans son lit, etc. Lorsque vous sentirez, au fur et à mesure des semaines, qu'elle maîtrise davantage cette stratégie, vous pourrez lui suggérer de l'appliquer dans des situations de plus en plus exigeantes (debout, dans des lieux publics, en situation de stress, lorsqu'elle est anxieuse, etc.). Mettez bien en évidence que cette stratégie est difficile et ne fonctionne pas du premier coup. Elle demande de l'entraînement et exige une certaine habitude. Lorsqu'elle sera acquise, toutefois, elle sera très utile pour diminuer les symptômes d'hyperactivation et favoriser les exercices d'exposition.

Difficultés thérapeutiques potentielles de la respiration diaphragmatique

Le besoin de contrôle que ressentent plusieurs victimes de traumatisme peut constituer une difficulté thérapeutique. Certaines victimes voudront forcer leur inspiration, ce qui entraînera des sensations désagréables et, paradoxalement, des symptômes d'hyperventilation que nous voulons justement éviter.

Demandez à la victime de bien relâcher ses abdominaux, et de doucement respirer du bas de l'abdomen, plus lentement. Mentionnez-lui aussi qu'il faut qu'elle relâche un peu ce contrôle, qu'elle essaie de se «laisser déposer» et de s'abandonner davantage. Enfin, et c'est très important, précisez-lui que cette stratégie vise à ce qu'elle soit capable de mieux tolérer l'anxiété, et non pas de l'écraser. L'anxiété est un état inconfortable, mais il n'est pas dangereux. La respiration vise à aider la victime à mieux supporter les sensations désagréables d'anxiété, à éviter qu'elle panique devant ces sensations et aggrave l'hyperventilation. L'objectif n'est

pas d'éliminer les sensations d'anxiété, mais plutôt d'augmenter son accueil, sa tolérance de celles-ci.

En fait, on peut comparer cet état *avec celui du mur ou de l'algue face à la vague* (de l'anxiété). Plusieurs patients tentent de repousser l'anxiété en se durcissant ou en se crispant contre leur peur, tel un mur face à la vague. Ils refusent ces sensations, ce qui entretient la peur face à celles-ci et contribue en retour à exacerber l'anxiété, créant ainsi un véritable cercle vicieux. L'objectif est plutôt d'induire une attitude plus souple et de lâcher prise face à l'anxiété, de s'y abandonner, de laisser les émotions prendre leur place sans crainte, sans jugement, telle une algue qui se laisse bercer par la vague sans combattre, sans la craindre. La saine attitude vise un relâchement, un abandon face aux sensations physiques sans dramatiser ou nier le sentiment de vulnérabilité, et ce, en attendant que la vague redescende et s'apaise. (Cette attitude est aussi promulguée lors des stratégies d'exposition ; voir les chapitres 11 et 12).

10.1.2 Le contrôle respiratoire

Pour Foa et Rothbaum, la détente n'est pas associée à l'inspiration, comme proposé par la stratégie de respiration diaphragmatique. C'est plutôt l'*expiration* qui favoriserait davantage la relaxation. Le contrôle respiratoire a comme objectif de diminuer le rythme de la respiration et la quantité d'oxygène dans le sang. Au fur et à mesure de la pratique, elle vise à aider la victime à atténuer son anxiété.

Selon ces autrices, quand les personnes ont peur, elles ont tendance à croire qu'elles ont besoin davantage d'air et vont hyperventiler, ce qui n'a pas d'impact relaxant, mais entretient toutefois l'anxiété. Si le danger n'est pas réel, cet air supplémentaire n'est pas nécessaire et envoie un message contradictoire à notre corps, soit de se préparer à un danger. Il est donc nécessaire de ralentir le rythme de notre respiration et de prendre moins d'oxygène. Foa et Rothbaum proposent l'exercice suivant pour y parvenir.

Exercice de contrôle respiratoire

- 1) Inspirez normalement par le nez.
- 2) Concentrez-vous sur votre *expiration* et poussez-la jusqu'au bout, en vous disant : *Re-laaaa-xe*.
- 3) Ralentissez le rythme de votre respiration.
- 4) Prenez moins d'air afin de contrer l'hyperventilation.
- 5) Faites une pause après chaque expiration en comptant 1, 2, 3, 4 pour les espacer.

Les autrices proposent cet exercice aux victimes ayant vécu une agression sexuelle et suggèrent qu'il soit fait deux fois par jour. Cette stratégie peut remplacer avantageusement la respiration diaphragmatique pour les victimes qui sont très sensibles à l'hyperventilation et qui trouvent difficile de respirer par le bas du ventre.

Une autre stratégie liée à la respiration : la cohérence cardiaque

Cette stratégie vise aussi à modifier notre rythme respiratoire afin d'atteindre un rythme cardiaque plus lent et régulier. Le Dr David O'Hare la promulgue en diverses versions dans plusieurs milieux (dont des écoles) dans toute l'Europe ; des vidéos et des livres audio sont également disponibles. Aussi appelée *tactical breathing* ou *box breathing*, elle a été proposée dans des contextes militaires (dont les Navy Seals américains) afin d'apaiser les soldats avant le combat, mais elle est maintenant utilisée avec succès auprès de maintes populations anxieuses. Elle consiste à s'imposer un rythme respiratoire précis et constant pendant 5 à 10 minutes, et ce, trois fois par jour. Diverses formes sont proposées, mais celles-ci sont plus courantes :

- *Cohérence cardiaque classique* : inspiration en 5 secondes, expiration en 5 secondes ; reprise.
- *Box breathing* : nommée ainsi, car nous sommes invités à suivre en imagination le contour d'un carré pour chaque phase. Inspiration en 4 secondes, retenue du souffle pendant 4 secondes, expiration en 4 secondes et retenue du souffle pendant 4 secondes ; reprise.

10.2 La relaxation musculaire progressive

Plusieurs stratégies peuvent être utilisées par le patient pour tenter de diminuer sa tension musculaire. Ainsi, le yoga, le taï chi ou l'exercice induisent un relâchement musculaire. La méthode de relaxation progressive de Jacobson (1980) est également utile : elle peut être enseignée par le thérapeute et a été démontrée dans la littérature comme très efficace pour la gestion du stress (Borkovec et Costello, 1993 ; Ost, 1987 ; 1988). Par rapport aux autres stratégies, elle a l'avantage d'être très systématique, précise et de suivre une procédure spécifique.

Elle consiste principalement à apprendre à contracter et à relâcher des groupes de muscles spécifiques d'une manière séquentielle afin d'induire une détente musculaire précise et profonde.

Rationnel sous-jacent à la relaxation musculaire progressive de Jacobson

Chaque personne est toujours à un certain niveau de tension durant ses heures de réveil. Le but de la relaxation musculaire progressive est d'aider la victime à apprendre à réduire la tension musculaire de son corps à un niveau beaucoup plus bas que son niveau habituel de tension. Pour arriver à ce résultat, il est plus efficace d'induire d'abord une tension par une contraction musculaire que de demander à la victime d'essayer de détendre des muscles « inconsciemment » tendus.

La meilleure façon de produire une baisse notable de tension, c'est d'abord d'induire une dose importante de stress au niveau du muscle, puis de relâcher cette tension d'un coup. Ce relâchement crée un « momentum » qui permet aux muscles de se relâcher à un niveau inférieur au niveau habituel de tension. Selon Jacobson, l'effet ressemble à celui que nous pouvons produire sur un pendule qui est immobile, en position verticale. « Si nous voulons qu'il aille vers la droite, on peut le pousser fortement vers cette direction. Cependant, il est beaucoup plus facile de tirer le pendule vers la direction opposée et de le laisser aller. Il va traverser le point vertical et continuer dans la direction que nous voulions qu'il prenne » (Bernstein et Borkovec, 1973).

L'entraînement à la relaxation musculaire progressive de Jacobson commence avec 16 groupes de muscles pour ensuite les regrouper selon 7, puis 4 groupes globaux. Le patient apprend ainsi à se détendre en utilisant de moins en moins de groupes de muscles distincts dans un temps de plus en plus court. Cette stratégie se termine par un décompte de 0 à 10 (voir Bernstein et Borkovec). Cependant, elle est très longue : elle nécessite 12 séances. Vous trouverez ici le processus à 7 *groupes de muscles*, c'est-à-dire que le corps est divisé en 7 groupes musculaires, groupes qui seront contractés puis détendus dans une séquence précise afin de favoriser une détente maximale. Ce format offre, à mon avis, un excellent compromis : il ne prend pas trop de temps (20-30 minutes), alors que celui à 16 groupes de muscles peut nécessiter 55 minutes. De plus, cette stratégie n'est pas trop exigeante pour le patient et donne d'excellents résultats. Vous pourrez ainsi la présenter et la pratiquer pendant deux ou trois séances afin de permettre un bon apprentissage et une diminution significative des symptômes d'hyperactivation.

Les stratégies de contraction de la relaxation musculaire de Jacobson

Groupes de muscles	Stratégies de contraction
1. La main, l'avant-bras et le biceps dominants	Tendre le bras devant soi, faire pivoter le coude à 45° et contracter fortement le poing.
2. La main, l'avant-bras et le biceps non dominants	Tendre le bras devant soi, faire pivoter le coude à 45° et contracter fortement le poing.
3. Les trois groupes de muscles faciaux	Lever les sourcils vers le haut, loucher et plisser le nez, serrer les dents et tirer les coins de la bouche vers l'arrière.
4. Le cou et la gorge	Pousser le menton vers la poitrine tout en tirant le cou vers le haut en opposition.
5. La poitrine, les épaules, le haut du dos et les abdominaux	Prendre une bonne respiration, la retenir, coller les omoplates ensemble et contracter l'estomac.
6. La cuisse, le mollet et le pied dominants	Lever la jambe, pointer les orteils et tourner le pied vers l'intérieur.
7. La cuisse, le mollet et le pied non dominants	Lever la jambe, pointer les orteils et tourner le pied vers l'intérieur.

Le thérapeute utilise un ordre précis de consignes :

1. Préparation du patient à l'exercice.
2. L'attention du patient est orientée sur le groupe de muscles.
3. À un signal prédéterminé par le thérapeute, le groupe de muscles est contracté.
4. La tension est maintenue (de 5 à 7 secondes).
5. À un signal prédéterminé, le groupe de muscles est relâché.
6. L'attention du patient est maintenue sur le groupe de muscles qui se détend (de 30 à 40 secondes).
7. Reprise de la contraction et de la détente du groupe de muscles.
8. Changement de groupe de muscles.
9. Moment de détente finale.
10. Retour à un niveau d'éveil.

Enregistrez cette séance de relaxation (sur le cellulaire du patient, par exemple) pendant que vous l'effectuez avec le patient. Demandez-lui ensuite de pratiquer cette stratégie chez lui tous les jours. Cet exercice permet à la victime d'avoir l'outil nécessaire pour apprendre à la maison une stratégie efficace de détente corporelle.

Processus de relaxation progressive pour les sept groupes de muscles

Vous trouverez ici le processus plus détaillé pour l'exercice de relaxation progressive. Les phrases entre guillemets sont celles que le thérapeute peut utiliser pour aider son patient à bien profiter de l'exercice. Elles peuvent vous servir de guide pour effectuer la séance de relaxation. N'oubliez pas de l'enregistrer afin que la victime puisse pratiquer le tout pendant la semaine.

1. Préparation du patient à l'exercice

- Indiquez à la victime qu'il est important qu'elle relâche sa tension dans le muscle contracté, immédiatement au signal. Il convient d'éviter qu'elle ne relâche lentement ou avec contrôle. Il est plus approprié qu'elle le fasse d'un coup, comme si elle était une marionnette venant de perdre un de ses fils.

- Précisez-lui que, durant l'exercice, il faudra éviter les mouvements non désirés et les paroles inutiles.
- Reprécisez avec elle l'ordre des sept groupes de muscles (voir le tableau précédent).
- Repratiquez avec elle les stratégies de contraction pour chacun de ces muscles (voir le tableau précédent).
- Dites-lui de fermer les yeux et de prendre une position inclinée et confortable.

2. L'attention du patient est orientée sur le groupe de muscles.

«J'aimerais que vous focalisiez toute votre attention sur le X^e (rang) groupe de muscles, soit les muscles du (...).»

3. À un signal prédéterminé par le thérapeute (le mot *maintenant*), le groupe de muscles est contracté.

«Je voudrais que vous (stratégie de contraction) pour contracter les muscles du (...) maintenant.»

4. La tension est maintenue pour une période de 5 à 7 secondes.

«Sentez vos muscles se contracter. Notez comment se manifeste la tension dans vos muscles lorsqu'ils sont contractés et restent tendus et raides. Sentez la tension.»

5. À un signal prédéterminé (le mot *complètement*), le groupe de muscles est relâché.

«OK, vous pouvez relâcher complètement.»

6. L'attention du patient est maintenue sur le groupe de muscles qui se détend (de 30 à 40 secondes).

«Laissez vos muscles se relâcher. Notez la différence entre la tension et la relaxation. Focalisez votre attention sur les sensations de ce groupe de muscles, qui devient de plus en plus détendu.»

7. Répétition du groupe de muscles (reprise des stratégies 2, 3, 4, 5, 6).

Cette stratégie de relaxation est effectuée deux fois pour chaque groupe de muscles.

8. Changement de groupe de muscles et reprise des stratégies 2, 3, 4, 5, 6 pour le groupe de muscles suivant.

«Laissez vos muscles (...) (groupe précédent) complètement détendus pendant que nous allons contracter le X^e (rang) groupe de muscles, soit les muscles du (...).»

9. Moment de détente.

Le thérapeute termine l'exercice après avoir accompagné la victime dans la contraction et la détente des sept groupes de muscles (répétés deux fois chaque fois). Il laisse la victime savourer ce moment de détente pendant une ou deux minutes. Il peut rester silencieux ou faire des suggestions de détente indirectes.

10. Retour à un niveau d'éveil.

«Je vais compter doucement de 4 à 1 pour vous permettre de revenir tranquillement à un niveau d'éveil. À 4, commencez à bouger vos pieds et vos jambes. À 3, bougez vos bras et vos mains. À 2, bougez votre tête et votre cou. Et à 1, ouvrez vos yeux, en vous sentant calme et détendu, comme si vous veniez de faire une petite sieste.»

10.2.1 Difficultés thérapeutiques potentielles de la relaxation

La principale difficulté thérapeutique avec des victimes de traumatisme constitue l'état d'alerte. Pas facile de demander à quelqu'un qui a été agressé, qui a vécu un accident ou qui a été victime d'un événement imprévisible et destructeur de se laisser aller devant vous et de s'abandonner... Les victimes vont naturellement tenter de garder le contrôle et de résister à cet abandon corporel et psychologique. Elles auront de la difficulté à fermer les yeux, car avoir les yeux ouverts leur donne l'impression qu'elles peuvent

mieux se préparer à une agression potentielle. Elles auront également de la difficulté à se détendre : elles auront le sentiment de baisser la garde et donc d'être plus vulnérables.

Ainsi, non seulement les stratégies de relaxation permettent à la victime d'acquérir une stratégie facilitant sa détente musculaire, mais elles constituent aussi l'apprentissage d'un abandon. Certaines victimes vont réaliser que même si elles s'abandonnent physiquement, rien de dangereux ne s'est produit et que, par conséquent, un tel état d'alerte n'est pas nécessaire et n'est pas en soi le responsable de leur sécurité ou de leur bien-être. Réaliser qu'elles peuvent en toute sécurité relâcher leurs mécanismes de vigilance (devant quelqu'un) est souvent très révélateur et thérapeutique pour elles.

Lorsque vous sentez un malaise chez la victime, assurez-vous (surtout si elle est de sexe opposé à vous) qu'elle est assez à l'aise pour fermer les yeux devant vous. Soyez délicat si vous sentez qu'elle est mal à l'aise. Au pire, tournez votre chaise de façon à être dos à la victime et faites les exercices en même temps qu'elle. Elle aura moins l'impression que vous l'observez et que vous avez tout pouvoir sur elle pendant qu'elle est en état de vulnérabilité. Si cela est encore trop difficile pour elle, laissez-la ouvrir complètement les yeux et tournez votre chaise. Ou encore, enregistrez les procédures et demandez-lui de se pratiquer lorsqu'elle sera chez elle et se sentira en sécurité.

Notez que tenter de s'abandonner devant vous reste une expérience difficile pour les victimes. Par contre, si elles y parviennent, cette expérience est très thérapeutique en soi : c'est l'expérience de l'abandon relationnel. C'est, pour certaines victimes, une expérience émotionnelle correctrice : une expérience de confiance, de sécurité, où les attitudes de méfiance ou de défense sont inutiles. Une expérience qui peut réparer les expériences antérieures de trahison ou d'agression. La victime ressent à ce moment qu'il est possible de s'abandonner et de se sentir en sécurité et en confiance, en présence d'un autre qui l'accepte comme elle est et qui la respecte.

10.2.2 D'autres difficultés thérapeutiques potentielles

Assurez-vous que la victime ne perçoive pas la relaxation comme une performance à fournir et que cela ne lui occasionne pas davantage de stress. Certaines personnes ont tendance à exiger d'elles-mêmes qu'elles apprennent tout, tout de suite et à la perfection. Cela vaut la peine de répéter souvent que le fait de se détendre est un apprentissage et que, comme tout apprentissage, il est nécessaire de s'entraîner souvent pour bien le maîtriser. De plus, un apprentissage signifie nécessairement se tromper, apprivoiser la stratégie et trouver cela difficile au début.

Assurez-vous que la victime relâche ses muscles d'un coup sec lors des exercices de relaxation et non pas d'un mouvement lent et contrôlé. Elle doit sentir que la tension est relâchée comme si on coupait la corde d'une marionnette.

Assurez-vous aussi qu'elle considère les divers groupes de muscles comme distincts les uns des autres et que, par exemple, elle ne recontracte pas les bras lorsqu'elle contracte les muscles de l'abdomen. Un groupe de muscles détendu doit le rester durant tout le reste de l'exercice, indépendamment des contractions effectuées pour les autres groupes de muscles.

10.2.3 Suggestions thérapeutiques

Il peut être très avantageux d'utiliser les stratégies de relaxation pendant quelques séances avant de commencer les exercices d'exposition. Ces stratégies permettent de diminuer certains symptômes d'hyperactivation et d'apaiser la victime. De plus, cet apprentissage de la détente et de la respiration est souvent utile lorsque nous abordons les exercices d'exposition par la suite. La victime se sent moins paniquée lorsqu'elle ressent des symptômes d'anxiété puisqu'elle sait qu'elle est capable de mieux les tolérer et de s'autoapaiser. Prévoyez quelques rencontres afin de montrer les diverses contractions, puis enregistrez la stratégie de relaxation. Proposez à la victime d'écouter son enregistrement tous les jours pendant la semaine. Lors des séances suivantes, vous pouvez réenregistrer d'autres séances à la suite de la première et ajouter des consignes sur la respiration.

En effet, si vous le jugez approprié, il peut être opportun d'ajouter des consignes favorisant une respiration plus profonde entre les contractions musculaires. Vous vous trouvez ainsi à jumeler deux stratégies. De plus, vous favorisez chez la victime une détente plus profonde. Ce faisant, vous favorisez une association conditionnée entre une respiration profonde et un état de détente, ce qui pourra être très utile quand vous commencerez les exercices d'exposition *in vivo*. Lors des exercices d'exposition, vous pourrez faire référence à la respiration diaphragmatique ou au contrôle respiratoire. Plus la victime l'aura pratiquée précédemment, plus cette respiration sera associée à un état de calme et plus elle parviendra à tolérer l'anxiété durant les exercices, ce qui améliorera leur efficacité.

Il peut être aussi très utile d'utiliser la relaxation avec des victimes qui arrivent stressées dans nos bureaux. Poursuivre une séance thérapeutique dans ces conditions est souvent inutile : les victimes se sentent survoltées, énervées, elles ne sont pas en contact avec leurs émotions ou leurs cognitions. Elles sont très fébriles, à fleur de peau, et leur discours est souvent tangentiel et peu connecté. Il est alors profitable de leur proposer de faire de la relaxation au début de la séance. L'objectif n'est pas ici de réfréner leurs émotions, mais au contraire de permettre l'émergence de celles qui sont éclipsées par toute cette activation physiologique. Cette stratégie permet souvent aux victimes de se relâcher et d'être plus réceptives à la thérapie : elles se sentent plus *groundées*, sont plus en contact avec leurs émotions. Elles se permettent ainsi davantage de ressentir des émotions comme la tristesse, l'impuissance ou la peur. Certaines personnes ont de la difficulté avec ces émotions et utilisent inconsciemment l'anxiété ou l'activation pour les fuir. La relaxation leur permet quelquefois de se donner le droit de laisser monter ces émotions et de les accepter davantage.

10.3 D'autres stratégies visant à favoriser l'acceptation, l'apaisement et la détente

Nous ne pourrions terminer ce chapitre sans mentionner les développements tout récents des stratégies de présence attentive, de pleine conscience ou de *mindfulness* dans le traitement du TSPT (voir les excellents travaux de Godbout à ce sujet). Ces stratégies

qui invitent la personne victime à mieux se laisser déposer dans le moment présent, à accueillir les émotions sans jugement et à noter les pensées sans les éviter, entre autres bienfaits, montrent des résultats significatifs et novateurs. Des applications pour cellulaires ont même été développées (voir les nombreuses références en fin d'ouvrage) afin de rendre le tout plus accessible. Plusieurs auteurs ont mis en évidence les processus sous-jacents potentiels de ces stratégies, en particulier l'amélioration de la conscience intéroceptive, la régulation émotionnelle et de l'état d'hyperactivation, de l'acceptation et de la bienveillance envers soi et du contrôle de l'attention afin d'en augmenter la flexibilité (voir Williston tout récemment à ce sujet). Des données montrent des associations plus nuancées avec la relation aux pensées et la défusion cognitive (Ito *et al.*, 2023). Williston *et al.* notent ainsi que « les interventions basées sur la pleine conscience peuvent constituer un complément et/ou une alternative intéressante aux traitements du TSPT fondés sur des données probantes » (p. 9).

Enfin, les stratégies vues précédemment sont reconnues dans la littérature psychologique scientifique comme efficaces pour diminuer l'anxiété. Cependant, rien ne vous empêche de proposer à votre patient de jumeler ces stratégies d'autosoins à d'autres activités qui permettent une détente et une relaxation moins systématique :

1. Prenez un bon bain moussant avec de la musique relaxante et des bougies.
2. Allez faire un tour à la bibliothèque et feuillotez un bon livre dans un fauteuil confortable.
3. Faites une promenade dans un parc.
4. Installez-vous bien confortablement en écoutant votre musique préférée.
5. Offrez-vous une séance de massage.
6. Recommencez à faire du sport et de l'activité physique.
7. Écoutez une comédie divertissante avec des amis.
8. Allez vous promener au bord de l'eau.
9. Jardinez, mettez-vous les mains dans la terre et créez des aménagements fleuris.

10. Nourrissez les oiseaux et observez-les dans la nature.
11. Allez faire une randonnée de vélo.
12. Recommencez à faire du dessin, de la peinture ou du bricolage.
13. Inscrivez-vous à un cours de yoga ou de taï chi.
14. Recommencez à faire de la bonne cuisine avec un ami.
15. Allez à la pêche ou en bateau.
16. Prenez le temps d'aller faire une randonnée dans la forêt.
17. Offrez-vous un séjour dans un spa.
18. Relaxez dans un bain flottant.
19. Familiarisez-vous avec la méditation.
20. Réservez-vous des moments pour savourer le temps qui passe.

Il convient cependant d'être conscient que ces stratégies peuvent être utiles, mais qu'elles *parviennent rarement à elles seules à induire un état général de détente durable*. Elles fonctionnent *habituellement* (c'est-à-dire dans un contexte de stress quotidien non traumatique); toutefois, à la suite d'un événement traumatique, le corps est souvent trop activé et tendu pour parvenir à se détendre ainsi: les symptômes post-traumatiques sont beaucoup trop puissants et l'impression de vulnérabilité beaucoup trop forte. Ces symptômes exigent souvent un apprentissage plus systématique afin de vraiment acquérir une façon de se détendre physiquement et mentalement à la suite d'un événement traumatique. Proposez à la victime d'utiliser ces suggestions en plus de sa technique de relaxation et demandez-lui de pratiquer sa technique de façon systématique, et surtout le plus régulièrement possible.

De plus, précisez que certaines victimes trouvent les stratégies de détente passives (des bruits de vagues ou de la musique douce) trop anxiogènes, car elles vivent alors beaucoup de symptômes envahissants (images du trauma qui s'imposent à leur conscience). Leur esprit est «flottant» et cela peut être propice à l'émergence d'images reliées au trauma. La stratégie de relaxation musculaire présentée ici est *active*: la victime doit écouter des consignes précises, effectuer des mouvements spécifiques, et son attention est dirigée. Ces caractéristiques peuvent contribuer à l'apaiser davantage, car elles favorisent moins l'émergence de reviviscences post-traumatiques.

CIBLER SPÉCIFIQUEMENT LA DIMINUTION DE L'ÉVITEMENT

«Je sais qu'il ne peut rien m'arriver, mais je ne peux pas m'empêcher d'avoir peur dans un restaurant», «Je me rends compte que ce comportement est ridicule, mais j'évite toujours de conduire seule», «Je suis toujours très anxieuse quand je vais dans un endroit public même si je sais qu'il y a peu de risques qu'une autre agression se produise», «Je suis incapable de retourner sur les lieux de l'explosion même si je sais que c'est irrationnel».

Identifier et remettre en question ses pensées et ses attributions dysfonctionnelles est une stratégie thérapeutique efficace pour diminuer les symptômes post-traumatiques. Cependant, pour certaines victimes, cela ne suffit pas : elles restent très anxieuses et continuent d'éviter plusieurs situations. Elles réalisent le côté irrationnel ou exagéré de certaines pensées, mais se sentent incapables de les modifier. L'anxiété est trop forte, l'évitement, trop puissant. Elles ne veulent pas risquer une autre expérience traumatique et croient que leurs pensées les protègent.

Pour ces victimes, la diminution de la crainte post-traumatique doit passer par l'*expérience*. Les stratégies de restructuration cognitive leur semblent trop compliquées ou trop abstraites. Elles ont besoin de moyens plus concrets pour diminuer leurs peurs. Ou alors, elles veulent ressentir, expérimenter, vérifier si leurs nouvelles pensées sont réalistes et si leurs interprétations sont effectivement justes. C'est ici qu'intervient l'exposition graduelle *in vivo*.

11.1 Qu'est-ce que l'exposition graduelle *in vivo* ?

L'exposition graduelle *in vivo* est une stratégie thérapeutique qui vise à aider la victime à s'exposer aux éléments associés à l'événement traumatique, éléments qui provoquent habituellement une grande détresse, de l'anxiété et qui la poussent à fuir. L'exposition *in vivo* exige d'affronter de manière *très* contrôlée et *très* graduelle ces situations ou ces éléments anxiogènes. En plus, elle a pour but d'empêcher les comportements d'évitement (l'évitement cognitif ou l'évitement comportemental) qui sont habituellement présents.

Cette stratégie a souvent mauvaise presse auprès des psychologues qui ne sont pas d'orientation cognitivo-comportementale. On la considère volontiers comme une « technique » sauvage, dure ou mécanique. En fait, dans des mains inexpérimentées, elle peut effectivement ressembler à cela... Toutefois, bien maîtrisée et menée par un thérapeute compétent, expérimenté, bienveillant et empathique, elle est, au contraire, à *l'écoute de la victime* : elle suit son rythme, elle s'adapte à elle. En fait, elle est au mieux au sein d'un climat de collaboration et de profond respect. Elle constitue souvent un travail d'équipe avec la victime et peut consolider l'alliance thérapeutique puisque le thérapeute est souvent amené à accompagner sa patiente lors des exercices.

Ce type d'exposition a été démontré comme une stratégie extrêmement puissante qui permet des progrès considérables en ce qui a trait aux symptômes post-traumatiques (voir les références en fin d'ouvrage). De plus, l'exposition graduelle *in vivo* constitue souvent une occasion de fierté et d'amélioration de confiance en soi. En fait, elle permet à la victime d'affronter avec succès des situations qu'elle évitait avec crainte auparavant, ce qui renforce son sentiment d'autoefficacité, sa résilience et son estime de soi. Elle devrait faire partie (de façon plus ou moins importante) de toute thérapie auprès des victimes souffrant de TSPT.

Cette stratégie puissante permet à la victime de 1) réduire les symptômes d'évitement post-traumatiques ; 2) diminuer les réactions physiologiques et de détresse en présence d'éléments associés au trauma ; 3) favoriser la reprise d'activités évitées, ce qui améliorera son autonomie et ses contacts sociaux. Par conséquent, elle

fait en sorte que la victime retrouve une plus grande confiance en soi et en la vie.

11.2 Quand l'exposition graduelle *in vivo* est-elle nécessaire ?

Quand la victime ressent beaucoup de détresse devant certains éléments

La force du conditionnement aversif qui s'est produit lors de l'événement traumatique est extrêmement puissante : tous les éléments, objets, lieux, couleurs, situations, bruits, odeurs, etc., présents lors du trauma provoquent maintenant de la détresse parce qu'ils ont été associés à une peur intense ou à l'horreur.

L'exposition graduelle *in vivo* permet d'aider la victime à défaire ces associations entre certains éléments pourtant inoffensifs (p. ex. un bruit sourd, une odeur de brûlé, un chandail vert, une rue, un homme portant une barbe, etc.) et des sensations de panique et de vulnérabilité. En ce sens, elle favorise la *spécificité* des éléments, c'est-à-dire la constatation par la victime qu'elle généralise à tort un élément à son ensemble (« Tous les hommes ne sont pas tous des agresseurs », « Tous les chandails verts ne sont pas tous synonymes de danger », « Tous les chauffeurs de taxi ne vont pas me foncer dessus », « Toutes les banques ne sont pas dévalisées régulièrement »).

Quand les symptômes d'évitement sont très présents

Les sensations de panique et de vulnérabilité sont souvent insupportables pour la victime : dans les semaines qui suivent l'expérience du traumatisme, celle-ci va tenter d'éviter tous les éléments qui entraînent de la détresse. Cet évitement peut prendre la forme d'un comportement (elle évite de se plonger dans certaines situations, elle fuit certains éléments) ou être de nature cognitive (elle évite de penser à ce qui s'est passé, elle refuse d'en parler, elle se change les idées lorsque des images de l'événement se présentent à sa conscience, etc.).

Cet évitement peut affecter gravement le quotidien de la personne ou de son entourage : retrait social important, incapacité

de vaquer à des occupations élémentaires, dépendance dans les déplacements ou pour effectuer certaines tâches, refus de participer à certaines activités familiales ou sociales importantes, etc. L'exposition graduelle *in vivo* diminue cet évitement et favorise la reprise de ces activités. Elle permet de regagner de son autonomie et de reconstruire sa confiance en soi.

Quand la restructuration cognitive n'est pas suffisante ou n'est pas possible

Pour certaines victimes, la restructuration cognitive ne suffit pas : elles restent très anxieuses et continuent d'éviter les situations anxiogènes. Les stratégies de restructuration cognitive leur semblent ardues, car trop abstraites. Elles répondent quelquefois avec automatisme au questionnement socratique. Elles croient peu à leurs nouvelles pensées plus rationnelles. En fait, elles ont besoin de moyens plus concrets pour diminuer leurs craintes.

Il arrive aussi, pour certaines victimes très pragmatiques ou démontrant des difficultés cognitives importantes (déficit de l'attention, difficultés importantes de concentration, troubles neurologiques consécutifs à un trauma crânien, intelligence limitée), que la restructuration cognitive soit tout simplement impossible ou non appropriée.

L'exposition graduelle *in vivo* permet alors de remettre en question certaines interprétations catastrophiques sans passer par le processus plus abstrait de la restructuration cognitive. Elle aide également à prendre conscience que certaines situations perdent de leur pouvoir anxiogène et sont maintenant tolérées sans trop de détresse, ce qui favorise par la suite la modification de certaines pensées irrationnelles. La victime réalise ainsi, par l'expérience, que certaines situations ne sont pas dangereuses.

Quand la victime fait beaucoup d'«attention sélective»

Certaines victimes évitent constamment et régulièrement les situations anxiogènes. Or, cet évitement ne permet pas d'observer que leurs interprétations sont irréalistes ou catastrophiques. Éviter empêche aussi de constater que leurs nouvelles pensées ou perceptions sont justes. De plus, d'autres victimes ne remarquent que les

situations qui confirment leurs prédictions et non celles (souvent plus nombreuses) qui contredisent leurs hypothèses. Beck avait déjà observé que ses patients anxieux ne se souvenaient pas de leurs prédictions catastrophiques qui ne s'étaient jamais réalisées...

L'exposition graduelle *in vivo* permet de tester ces perceptions comme des hypothèses et de démontrer à la victime que ses prédictions catastrophiques ne se réalisent pas. Elle facilite la remise en question de ses évaluations de risques exagérées. La victime réalise ainsi qu'elle surestime souvent le potentiel dangereux de certaines situations, ou qu'elle ne remarque que ce qui confirme ses craintes sans prêter attention aux éléments ou aux situations où il ne s'est rien passé et où elle est restée en sécurité.

11.3 Pourquoi évite-t-on à la suite d'un événement traumatique ?

Selon les modèles de Foa et de Mowrer vus au chapitre 3, trois mécanismes sont sous-jacents au développement et au maintien des symptômes post-traumatiques. L'exposition graduelle *in vivo* va directement tenter de désamorcer ces mécanismes.

Le conditionnement classique aversif

Les bruits, les objets, les odeurs, les cognitions, les sensations physiques (stimuli neutres) qui sont présents lors de l'événement traumatisant (stimulus inconditionnel) acquièrent les propriétés aversives du trauma. Les stimuli neutres deviennent des *stimuli conditionnels*, c'est-à-dire que leur seule présence provoquera subséquemment une *réponse conditionnée*, en d'autres mots une réponse anxieuse similaire à celle provoquée par le trauma original (détresse, peur, inconfort).

Le conditionnement classique explique très bien la détresse et les réactions physiques anxieuses ressenties lors du contact avec un élément associé au trauma (symptômes envahissants). En fait, ce mécanisme nous a souvent été très utile dans notre vie : nous avons fait ainsi une foule d'associations automatiques, car des situations ou des comportements étaient associés à de la douleur ou à des conséquences négatives. Ainsi, nous avons rapidement appris

qu'un élément de cuisinière peut être chaud, qu'il vaut mieux ne pas déranger papa quand il est irrité, que traverser la rue peut être dangereux, que dépasser la limite de vitesse devant une voiture de police n'est pas une bonne idée, que ne pas se préparer à un examen peut avoir des conséquences désagréables, etc. Ce mécanisme crée des associations automatiques visant à nous protéger dans le futur et à nous faire apprendre de nos expériences passées. Malheureusement, il agit de façon non discriminée et lorsqu'il est consécutif à un trauma, il peut devenir si généralisé qu'il nuit plus qu'il ne sert.

L'exposition graduelle *in vivo* diminue la force entre les stimuli conditionnels et les réponses de panique. Elle permet une remise en question de la signification de danger qui est maintenant attribuée à des éléments neutres mais malheureusement associés au trauma. Elle favorise ainsi une modification de certains liens présents dans la structure de peur.

Prenons l'exemple de Normand, qui a vécu un incendie dans une usine lors duquel les gicleurs se sont mis en marche, causant beaucoup de vapeur d'eau et un épais brouillard. De plus, les bruits métalliques étaient très forts et il a entendu des crépitements provenant de certains fils électriques. Depuis cet événement, Normand a peur de la vapeur. Il est incapable de prendre une douche et devient très tendu et paniqué quand il voit du brouillard sur la route. Des bruits sourds créent instantanément chez lui des symptômes d'anxiété et de vulnérabilité. Ces éléments, qui ne sont pas dangereux en soi, sont maintenant associés à un danger et entraînent chez lui de la détresse et de la peur.

Le conditionnement de «second ordre»

Les stimuli conditionnels peuvent par la suite conditionner d'autres stimuli. Par conséquent, une grande quantité de stimuli neutres (et non seulement ceux directement associés à l'événement traumatisant) acquièrent les propriétés aversives de l'événement original.

Ce mécanisme explique la généralisation des éléments générateurs d'anxiété chez les victimes souffrant de TSPT. L'exposition graduelle *in vivo* permet de contrer cette généralisation des stimuli

conditionnels. Elle empêche la formation d'une structure de peur géante et incapacitante.

Si nous reprenons l'exemple précédent, le conditionnement de second ordre agit lorsque Normand craint d'entrer dans la cuisine et dans la salle de bain parce que ces pièces sont maintenant associées au feu et à la vapeur. La vapeur qui a été associée à l'incendie l'a été, par la suite, à la salle de bain et à la douche. De la même façon, il est très tendu dans la rue, car il y entend le plus souvent des bruits sourds, ce qui est aussi la conséquence du conditionnement de second ordre.

Le renforcement négatif

Parallèlement à ces deux premiers mécanismes, la victime apprend par conditionnement opérant à utiliser l'évitement afin de ne pas être exposée aux éléments conditionnels anxigènes : c'est le mécanisme de renforcement négatif. Le comportement d'éviter est très soulageant. À cause de cela, il sera renforcé parce qu'il diminue l'anxiété. Tous les comportements incompatibles avec l'anxiété seront ainsi fonctionnellement répétés (évitement, fuite, retrait, mais aussi sentiments de colère ou d'agressivité, détachement émotionnel, abus de drogue ou d'alcool).

Ce mécanisme est donc responsable des comportements d'évitement propres au TSPT. La victime évite tous les éléments associés au trauma ainsi que les stimuli conditionnels, car les sensations de détresse sont trop douloureuses. Or, l'évitement maintient l'anxiété de façon importante. Cet évitement va renforcer la peur, confirmer les pensées catastrophiques, maintenir une baisse d'estime de soi et de dépendance face à l'entourage.

L'exposition graduelle *in vivo* permet de diminuer l'évitement en favorisant un processus d'habituation. Elle empêche le soulagement intense qui suit la fuite et qui est responsable du renforcement de la peur. Elle favorise donc la spécificité face aux éléments anxigènes ; elle amène une récupération du sentiment de sécurité ; elle permet d'invalider certaines croyances liées à des situations ou à des éléments et elle contre le processus d'évitement.

11.4 Pourquoi l'exposition graduelle *in vivo* fonctionne-t-elle ?

Qu'observe-t-on lorsqu'une victime est habituellement en contact avec un stimulus associé au trauma ? D'abord, si elle sait qu'elle va y être exposée, elle est souvent très anxieuse auparavant et anticipe fortement ce moment. Ensuite, lorsqu'elle est en contact avec cette situation, elle a très peur de revivre un autre traumatisme ; elle se sent vulnérable, elle sent la panique monter en elle et trouve ces sensations très désagréables (envie de fuir, sentiment de vulnérabilité intense, peur panique, palpitations, sueurs froides, tremblements). C'est la courbe A illustrée dans la figure suivante, « Le processus d'évitement ».

Si vous observez cette figure, vous remarquerez que la courbe d'anxiété monte jusqu'à un niveau important. Habituellement, la victime fuit à ce moment : elle se sent trop vulnérable, craint un autre traumatisme et trouve ses sensations physiques dérangeantes. Elle fuit donc la situation et ressent rapidement un fort soulagement : c'est la courbe B.

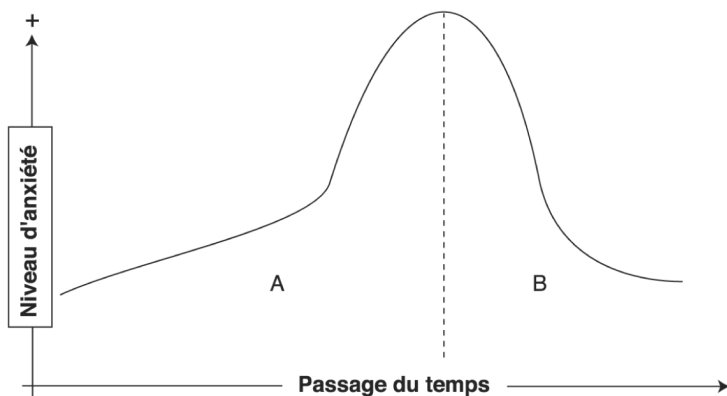
Cette diminution rapide de l'anxiété est très soulageante et renforce la peur : la victime se dit souvent qu'elle a eu tort de tenter de s'exposer à une telle situation et se promet de ne pas réessayer. Ses interprétations catastrophiques sont renforcées : elle est convaincue du potentiel dangereux de cette situation et son impression que son évitement est utile et nécessaire s'accroît. C'est le mécanisme de renforcement négatif.

La prochaine fois que la victime essaiera de vivre cette situation, son anxiété sera tout aussi forte, et si elle l'évite de nouveau, cette fuite va reconsolider cette association. Elle ne verra aucune amélioration malgré ses tentatives. Cela explique pourquoi plusieurs victimes arrivent dans nos bureaux en nous disant qu'elles ont tenté de s'exposer de multiples fois à certaines situations, toujours avec le même insuccès. En fait, tant qu'elles ne vivront pas le mécanisme d'habituation, un tel renforcement peut durer des années et maintenir les symptômes post-traumatiques.

L'évitement est donc très efficace à court terme : il entraîne un soulagement immédiat et instantané. Malheureusement, à long

terme, il contribue à maintenir les symptômes et renforce les pensées catastrophiques.

Le processus d'évitement



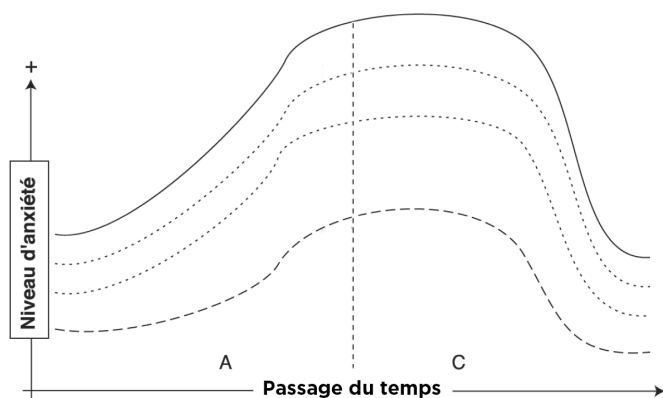
Elle favorise une courbe d'habituation

L'exposition graduelle *in vivo* vise plutôt à favoriser une expérience d'habituation (voir la figure suivante «Le processus d'habituation»). Avec cette stratégie, la victime est exposée en douceur et de façon graduelle à un élément anxiogène. Celui-ci provoquera la même montée d'anxiété qu'observée plus tôt (la montée A est identique dans les deux figures). Par contre, l'exposition *in vivo* vise à encourager la victime à tolérer la situation ainsi que ses sensations d'anxiété (courbe C). La victime va ainsi réaliser que l'anxiété ne poursuit pas sa montée jusqu'à un niveau intolérable, mais qu'elle se stabilise plutôt à un plateau, lequel va doucement diminuer au fur et à mesure de l'exposition : la victime réalise en effet que rien de ce qu'elle appréhendait ne se produit, que son anxiété est très inconfortable, mais qu'elle est capable de la tolérer, qu'elle n'a pas décompensé, qu'elle n'a pas été agressée, qu'elle peut se détendre (un tout petit peu au début, mais tout de même) malgré tout, et ce, même en présence de l'élément associé au trauma.

La courbe d'habituation n'apporte pas de soulagement à court terme : elle est inconfortable, elle provoque des réactions émotives désagréables. Cependant, c'est à long terme qu'elle est la plus

puissante, et ce, parce qu'elle ne renforce pas la peur et qu'elle tend à remettre en question les interprétations de danger. De plus, elle permet une amélioration des symptômes; en effet, plus la victime va tolérer la courbe d'habituation, plus elle va remarquer que le niveau de son anxiété diminue au fur et à mesure de ses tentatives. Cette constatation va d'autant remettre en question ses interprétations du danger et, par conséquent, renforcer son sentiment de contrôle et de sécurité. La courbe d'habituation est donc moins efficace pour diminuer l'anxiété à court terme, mais elle est puissante pour la diminuer à long terme.

Le processus d'habituation



Elle permet un déconditionnement des éléments anxiogènes

La courbe d'habituation permet à la victime de reconsidérer la signification de danger qu'elle a attribuée à un élément associé au trauma. Elle se sent maintenant plus calme au contact de cet élément, ce qui favorise une spécificité : certains hommes sont dangereux mais pas tous, une explosion ne se produit pas toujours, certains jeunes sont violents mais pas tous, conduire sur l'auto-route est en général sécuritaire, etc.

Les associations entre certains éléments et les sensations de vulnérabilité sont donc diminuées. Ainsi, l'objectif avec Normand sera de faire en sorte que l'association « vapeur = danger, anxiété,

sentiment de vulnérabilité, incontrôle» puisse être modifiée pour retrouver sa teneur précédente, soit «vapeur = sentiment de sécurité, contrôle».

Elle remet en question les interprétations de danger de la victime

L'exposition graduelle *in vivo* favorise la diminution des symptômes en aidant la victime à réaliser que, contrairement à ce qu'elle croyait, se trouver dans une situation similaire à la situation traumatique n'est pas toujours dangereux. Ainsi, aller à la banque ne signifie pas automatiquement vivre un vol à main armée, se promener dans le métro ne conduit pas nécessairement à être victime d'agression, prendre la voiture sur une autoroute ne veut pas nécessairement dire avoir un accident. Avec cette stratégie, la victime remarque aussi que l'anxiété ne demeure pas indéfiniment à son niveau le plus élevé (ou, pire, n'augmente pas jusqu'à la mort ou à la perte de conscience), mais qu'elle décroît plutôt même si la victime tolère cette situation et ne fuit pas.

En fait, l'exposition graduelle *in vivo* permet aussi de différencier les situations désagréables des situations dangereuses. Aller dans un centre commercial bondé ne sera peut-être jamais très «agréable» pour la victime (comme pour chacun de nous), mais l'objectif est qu'elle puisse y aller tant et aussi longtemps qu'elle le désire parce qu'elle ne trouve pas cette situation dangereuse. Il y a une différence entre avoir peur, se sentir vulnérable, fuir ces situations et trouver que l'activité est inconfortable ou non plaisante.

Elle augmente le sentiment d'autoefficacité de la victime

L'exposition graduelle *in vivo* permet à la victime de prendre conscience que le fait de vivre des symptômes d'anxiété n'amène pas à être traumatisée de nouveau. Que se sentir vulnérable n'entraîne pas une perte de contrôle. Elle accroît son sentiment de confiance et son assurance. Au fur et à mesure des exercices, la victime remarque qu'elle a une plus grande indépendance; elle se sent souvent fière de ses progrès, elle remarque une évolution thérapeutique. Elle se sent moins impuissante et se dévalorise moins.

En fait, il est important de faire remarquer aux victimes le courage qu'elles ont de faire les exercices d'exposition. Je leur répète souvent que le courage, ce n'est pas d'accomplir quelque chose d'extraordinaire, c'est plutôt d'avoir peur de quelque chose, mais de le faire quand même. En ce sens, les victimes impressionnent souvent par leur courage : courage d'affronter des situations associées au pire événement de leur vie, courage de nous faire confiance, courage de faire confiance à la vie. Faire des exercices d'exposition n'est pas facile, et quand les victimes réussissent des situations autrefois évitées, elles méritent que nous mettions en évidence leur ténacité et leur force devant l'adversité. En ce sens, les exercices d'exposition permettent souvent aux victimes de réaliser qu'elles démontrent des forces qu'elles ne se connaissaient pas, de prendre conscience de leur courage et de se rendre compte qu'elles réussissent à reprendre des activités dont elles croyaient devoir faire le deuil.

11.5 Un mot sur l'attitude thérapeutique

Nous avons déjà mentionné plus tôt combien nous trouvons importantes l'attitude et la relation thérapeutique durant les exercices d'exposition *in vivo*. Pendant ces séances, qui peuvent être très importantes en termes d'amélioration pour la victime, il importe que le thérapeute trouve le ton juste et la bonne attitude. En fait, un exemple qui comporte des ressemblances avec cette attitude serait celui de votre enfant qui se trouve à la piscine et qui voudrait aller sur le tremplin, mais qui en a en même temps très peur. Comme tout bon parent, vous voulez être souple et réconfortant. Vous souhaitez l'encourager, lui montrer qu'il en est capable, lui communiquer qu'il sera fier de lui, et que, par conséquent, vous le serez également, s'il surmonte sa peur. En même temps, vous ne le poussez pas trop parce que s'il ne le fait pas, vous ne voulez pas qu'il s'en veuille, qu'il se blâme ou qu'il se déprécie. Toutefois, vous ne voulez pas non plus l'encourager trop fortement, car s'il réussit son saut, vous voulez qu'il puisse s'attribuer à lui-même la réussite de l'exercice et non pas qu'il ait l'impression que c'est vous qui avez tout le crédit grâce à votre ténacité, à vos connaissances ou à votre pouvoir sur lui. Il doit se sentir lui-même

en contrôle et pas trop poussé, mais soutenu. Il est important pour vous de suivre son rythme et de lui donner juste le petit coup de pouce qui lui permettra de surmonter sa peur et de tenter son premier saut... En même temps, vous ne voulez pas le pousser vers un saut trop difficile (la tour de 8 mètres) ni le traumatiser et faire en sorte qu'il ne remonte plus jamais sur un tremplin... Ouf! Pas facile d'être parent... Et pas facile non plus d'être thérapeute, car alors les mêmes questions, les mêmes enjeux sont présents.

Tout est une question de dosage, de sensibilité à l'autre, de don de soi : sentir quand la victime a besoin d'encouragements plus prononcés ou quand elle a besoin de se concentrer sur ses propres forces pour affronter l'exercice et que le silence est alors de mise ; savoir avec sensibilité, humanisme et douceur comment l'accompagner, sentir quels sont les exemples qui lui permettront de bien comprendre les fondements de cet exercice, comment mettre en place une stratégie thérapeutique de façon qu'elle ait l'air facile, et enfin comment créer une alliance thérapeutique constructive. Oui, plusieurs qualités s'imposent : écoute de l'autre, douceur et respect.

Vous devez pouvoir encourager la victime à aller au bout de ses capacités sans exercer de pression. Il n'y a aucune place pour la force, la relation de pouvoir, l'abus de confiance ; tout doit se faire en délicatesse, en nuances, de façon encourageante et empathique, en vous concentrant sur les forces de votre patient sans minimiser ses craintes, ses difficultés et ses limites.

Il n'y a pas de place non plus pour la précipitation ou la vitesse : tout doit se faire dans le respect du rythme de la victime. Donc, dans la lenteur si nécessaire. Ou alors dans l'enthousiasme lorsque la victime sent qu'elle retrouve confiance en la vie et dans les autres. Adaptez-vous à elle tout en l'encourageant à surmonter ses craintes.

Ne demandez jamais à la victime de faire quelque chose ou de s'exposer à une situation que vous n'affronteriez pas vous-même. Certains ouvrages proposent que les victimes vivent des situations périlleuses afin d'être vraiment désensibilisées aux situations normales. Permettez-moi de ne pas partager cette suggestion. Évaluez le degré de dangerosité des situations comprises dans vos exercices et ne soyez pas inutilement bravache et téméraire. L'objectif n'est pas de faire en sorte que la victime trouve toutes les

situations normales et sécuritaires... Certaines sont effectivement risquées et imprudentes et nul besoin de tenter le sort. L'objectif consiste plutôt à faire réaliser à la victime qu'elle n'a pas à craindre des situations normalement sûres et qu'elle peut retrouver un bon niveau de vie en conservant certains comportements préventifs, qui comportent un sain rapport « temps *versus* rendement ». Évidemment, nous ne contrôlons pas à 100 % notre sécurité, et des événements malheureux, des agressions, des accidents peuvent survenir à tout moment, pour n'importe qui, indépendamment de certaines précautions. La victime est la mieux placée pour le savoir. Mais des attitudes et des comportements sains et raisonnables de prévention sont tout à fait appropriés et fonctionnels. Faites attention que la victime n'ait pas l'impression qu'elle est responsable de la cause de l'événement parce qu'elle a été imprudente. Transmettez plutôt ce message : « Faisons certains gestes que nous pouvons contrôler dans la mesure où cela comporte un sain rapport "coût/rendement" (c'est-à-dire que cela n'occasionne pas plus de détresse que cela tente d'en prévenir) et tentons d'accepter qu'il y a une part de ce qui nous arrive qui ne dépend pas de nos comportements ou de ce que nous sommes. »

Utiliser à bon escient l'humour est très positif. Cela vaut la peine de dédramatiser délicatement les situations, les craintes, les retours en arrière. Il ne s'agit pas souvent d'échecs ou de rechutes. Rien n'est grave pourvu que la victime se sente en évolution et entre bonnes mains.

Accompagnez toujours au moins une fois la victime pendant son processus d'exposition. Cela vous permettra de bien saisir son niveau de stress et d'observer ses mécanismes automatiques et souvent inconscients face à l'anxiété. A-t-elle tendance à tolérer l'anxiété ou fait-elle de l'autodistraktion sans s'en rendre compte ? S'adonne-t-elle à de la pensée positive ? Est-elle en train de faire de l'exhortation pendant ses exercices ? Fuit-elle les situations trop rapidement ? Celles-ci sont-elles trop difficiles ou trop faciles ? Est-elle en train de se dissocier ? Rappelez-vous que la victime ne vous rapporte en entrevue que ce dont elle est consciente et qu'il est donc extrêmement profitable de l'accompagner durant un exercice. Outre l'avantage évaluatif, il faut aussi noter que le fait

de l'accompagner ainsi constituera une motivation de plus pour elle et lui permettra de mieux réussir l'exercice, et par la suite de réaliser par l'expérience ce que vous vous évertuiez à lui expliquer rationnellement en entrevue (« Ah! c'est ça que tu voulais dire! »), ce qui aura l'avantage de consolider fortement votre relation thérapeutique.

N'oubliez pas que l'exposition graduelle *in vivo* n'est pas une technique, mais une stratégie thérapeutique. La nuance est de taille. Votre patient n'a nul besoin d'un technicien : être thérapeute est un art, une vocation, une passion, et surtout pas une entreprise technique, routinière, automatique. Ne perdons jamais de vue qu'être en contact empathique avec notre patient est ce qui compte le plus, avant toute stratégie thérapeutique.

Enfin, il importe de préciser que mener une stratégie d'exposition graduelle *in vivo* exige maîtrise et expérience. S'il s'agit de la première fois et que vous désirez l'utiliser avec une victime souffrant de TSPT, il est important de garder deux éléments en tête : 1) débiter avec une victime de trauma n'est pas l'idéal ; il s'agit de problématiques et de réactions plus difficiles et plus complexes que d'autres troubles anxieux ; 2) si vous n'avez pas le choix (parce que vous êtes en région éloignée, par exemple), songez à vous faire superviser par un thérapeute d'expérience (au moins par téléphone). Ne prenez pas cette stratégie à la légère et n'oubliez pas que des réactions dissociatives et régressives sont toujours possibles dans le cas d'individus très fragilisés. Si vous ne vous sentez pas assez expérimenté pour cette stratégie, ne la commencez même pas : « *Primo, non nocere* », c'est-à-dire « D'abord ne pas nuire », devrait aussi être notre devise dans cette situation.

11.6 Les étapes thérapeutiques qui jalonnent l'exposition graduelle *in vivo*

Avant les exercices

1) *Conceptualisez, avec votre patient, ses associations conditionnées.* Tentez de faire un schéma explicatif illustrant l'impact des stimuli présents lors de l'événement sur ses peurs spécifiques. Vous pouvez aussi illustrer sa structure de peur personnelle.

2) *Explicitiez le rationnel.* Présentez-lui les mécanismes sous-jacents à ses symptômes d'anxiété et d'évitement. Donnez des exemples concrets de mécanismes de conditionnement, du processus d'évitement, du processus d'habituation. Mettez en évidence comment l'évitement renforce les symptômes post-traumatiques et la perception de danger et que l'anxiété est inconfortable, mais pas dangereuse.

3) *Préparez bien la personne.* Obtenez sa collaboration ; préparez-la à ressentir quelques malaises ; augmentez son sentiment d'auto-efficacité ; respectez son rythme ; assurez-la de votre soutien ; nommez et travaillez ses craintes, etc.

Pendant les exercices

4) *Dressez une liste des situations évitées.* Dressez avec la victime une liste de toutes les situations qu'elle évite carrément ou qu'elle tolère avec anxiété au quotidien (voir la « Grille de construction d'une hiérarchie d'exposition *in vivo* », question 1).

5) *Explicitiez-lui les NAS (niveau d'anxiété subjective).* Ces cotes graduées de 0 à 100 permettent de doser l'anxiété présente lorsque la victime est en contact avec la situation. Demandez-lui d'évaluer le niveau de difficulté de chacune des situations que vous venez d'indiquer dans votre liste : 0% = aucune anxiété ; 30% = anxiété minimale ; 50% = anxiété tolérable ; 80% = anxiété élevée ; 100% = évitement, car l'anxiété est intolérable, et tous les pourcentages intermédiaires.

6) *Classez les situations évitées en ordre de difficulté.* À l'aide de ces cotes, graduez chacune des situations de la plus facile à la plus difficile.

7) *Faites une hiérarchie d'exposition graduelle *in vivo* avec votre patient pour toutes les situations qui sont évitées.* Pour chacune de ces situations de la question 1, dressez une liste des exercices qui devront être faits par la victime (voir la « Grille de construction d'une hiérarchie d'exposition *in vivo* », question 2). Prévoyez au moins 10 exercices pour chacune. Cette hiérarchie doit être très progressive selon les deux critères suivants : a) chacune des situations doit être assez difficile pour que la victime apprenne quelque chose ; mais b) être assez facile pour que la victime soit capable de

la supporter sans fuir et qu'elle la réussisse. La hiérarchie doit être très graduée : imaginez-vous un escalier dont chacune des marches n'est pas trop haute par rapport à la précédente, mais qui vous permet tout de même de monter.

8) *Revenez sur des notions importantes.* Il convient de préciser à la victime pourquoi vous entreprenez cette stratégie : notez avec elle de quelle façon l'évitement renforce l'anxiété et redonnez-lui des exemples concrets de ce mécanisme. Ensuite, reprenez ensemble du fait que l'anxiété est inconfortable, mais pas dangereuse (elle ne rendra pas la victime folle, ne la fera pas mourir, décompenser ou s'évanouir). L'objectif thérapeutique est de retrouver une saine qualité de vie et une confiance dans des situations sécuritaires, mais qui entraînent de l'anxiété, car elles ont été conditionnées au trauma.

9) *Précisez certaines consignes qui vont prévaloir lors des exercices :*
a) la victime ne quittera la situation d'exercice que lorsque l'anxiété aura diminué de façon significative (il faut éviter une courbe d'évitement) ; b) vous déciderez de concert avec elle d'augmenter le niveau de difficulté des exercices, et ce, surtout lorsque la situation précédente sera tolérée *facilement* (prendre autant de séances que nécessaire) ; c) l'exposition est un apprentissage et devra être répétée pour être efficace. Comme tout apprentissage, par exemple la bicyclette, le ski, taper à l'ordinateur, il est essentiel de répéter l'exercice 1 fois, 5 fois, 17 fois, 28 fois, ce qui amènera chaque fois une amélioration et une diminution de la détresse ; d) ne pas voir les exercices comme des obligations de performance, mais comme des tentatives, des occasions d'apprendre quelque chose de différent. Si l'exercice ne fonctionne pas, ou pas comme vous le voulez, recommencez avec patience et indulgence.

10) *Débutez avec les situations qui évoquent un niveau d'anxiété de moyen à bas.* Évidemment, commencez par l'exercice qui évoque le moins d'anxiété pour la situation qui est la plus facile. Toutefois, veillez à ne pas entreprendre trop de situations faciles, qui prendraient beaucoup de temps et n'entraîneraient que peu d'apprentissages.

11) *La victime enregistre l'heure, ses pensées et son NAS initial.* Avant de commencer l'exercice, la victime indique l'heure, sa

crainte et son niveau d'anxiété subjectif dans la colonne correspondante sur la « Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo* ».

12) Exposez-vous avec la personne à certaines situations. Il est très important que vous accompagniez la victime pendant au moins un exercice d'exposition *in vivo*. En effet, la victime ne nous rapporte en entrevue que ce dont elle est consciente. L'accompagner vous permettra de vérifier si elle utilise des mécanismes de neutralisation et l'aidera de façon significative à se motiver, ce qui facilitera la réalisation de certains exercices et consolidera votre alliance thérapeutique.

13) Votre patient enregistre ses pensées et son NAS pendant l'exposition. Pendant l'exercice, la victime décrit sa crainte et son niveau d'anxiété subjectif dans la colonne correspondante sur la « Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo* ».

14) La personne doit rester dans la situation pendant au moins 50 minutes. C'est habituellement le temps nécessaire moyen pour ressentir le processus d'habituation. Si la victime reste trop peu de temps, elle quitte la situation alors que son anxiété est au maximum et que ses craintes n'ont pu être invalidées par l'expérience. Quitter la situation trop tôt, c'est renforcer ses inquiétudes, c'est créer une association entre son intense sentiment de vulnérabilité et la situation. C'est aussi partir sur une impression que la situation était effectivement dangereuse, ce qui renforce donc l'association conditionnée. La victime doit ressentir le processus d'habituation *avant* de terminer l'exercice et se rendre compte un tant soit peu qu'il ne s'est rien passé et qu'elle y était tout de même en sécurité, malgré ses inquiétudes.

15) La victime enregistre l'heure, ses pensées et son NAS final et indique ses commentaires sur son exercice. À la suite de l'exercice, la victime indique l'heure de la fin de l'exercice, sa pensée et son niveau d'anxiété subjectif dans la colonne correspondante sur la « Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo* ».

16) Prévoyez un retour au calme à la fin de l'exercice. Profitez de la fin de l'exercice pour faire un bilan avec la victime de la façon dont s'est passé l'exercice. Si celle-ci est encore anxieuse et tendue, la respiration diaphragmatique pourra favoriser une

détente plus complète. Il peut être opportun de mettre en évidence son courage, sa force et son évolution thérapeutique.

Après les exercices

17) Prévoyez les prochains exercices à faire pendant la semaine. Habituellement, il s'agit du même exercice que celui effectué avec vous qui devra être répété les jours suivants. Prévoyez des exercices à faire accompagné d'une personne fiable si nécessaire ou assez faciles pour être réalisés seul. Remplissez avec votre patient les deux premières colonnes de la « Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo* » et demandez-lui de remplir le reste au moment des exercices. Ceux-ci doivent être assez rapprochés (au moins 4-5 fois par semaine), réguliers et assez longs (au moins 50 minutes). La même situation doit être pratiquée jusqu'à ce qu'elle soit facile, puis augmentez le niveau de difficulté des situations d'exposition.

18) Soyez disponible. Soyez facile à joindre pendant la semaine et assurez la victime qu'elle peut vous contacter facilement par téléphone au besoin. Prévoyez si nécessaire des rencontres plus rapprochées. Il importe de mettre en évidence que le fait de ne pas réussir un exercice n'est pas catastrophique et qu'elle ne doit pas dramatiser les conséquences que cela peut avoir.

Grille de construction d'une hiérarchie d'exposition *in vivo*

1. Précisez les situations évitées et celles qui sont tolérées, mais qui entraînent un niveau significatif d'anxiété chez la victime. Ensuite, précisez avec elle son niveau d'anxiété subjectif (NAS) pour chacune des situations sur une échelle de 0 (calme) à 100 (très paniqué).

Situations	NAS
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Déterminez les situations qui pourraient être travaillées à l'aide de l'exposition *in vivo* (commencez par les situations les plus faciles). Pour chacune des situations identifiées en 1, précisez ci-dessous une hiérarchie d'exposition, de la plus facile (niveau 1) à la plus difficile (niveau 10).

Situation: _____	Situation: _____
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____
6. _____	6. _____
7. _____	7. _____
8. _____	8. _____
9. _____	9. _____
10. _____	10. _____

Situation: _____	Situation: _____
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____
6. _____	6. _____
7. _____	7. _____
8. _____	8. _____
9. _____	9. _____
10. _____	10. _____

Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo*

Jour	Exercice prévu	AVANT Heure NAS Pensées	PENDANT NAS Pensées	APRÈS Heure NAS Pensées	Commentaires sur votre exercice
_____	_____ _____ _____	_____ H._____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ H._____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
_____	_____ _____ _____	_____ H._____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ H._____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
_____	_____ _____ _____	_____ H._____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ H._____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
_____	_____ _____ _____	_____ H._____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ H._____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Exemple de cas avec chacune des étapes d'exposition

in vivo

Reprenons l'exemple de Normand, qui a vécu une explosion suivie d'un incendie dans son usine de produits chimiques. En fin d'après-midi, la sirène d'alarme a retenti dans l'usine. Deux minutes plus tard, l'explosion a été dévastatrice. Normand n'a eu que le temps de se jeter par terre et de se protéger le visage. Très vite, les flammes se sont propagées et il a eu très peur de mourir. Les gicleurs se sont déclenchés, entraînant beaucoup de vapeur d'eau et un épais brouillard. Il se souvient des bruits métalliques consécutifs à l'explosion et des crépitements provenant de certains fils électriques coupés. Maintenant, il est incapable de supporter les bruits soudains, surtout s'ils sont métalliques : le bruit d'un gros camion dans la rue le fait sursauter violemment, ainsi que des bruits de construction (scie circulaire, perceuse, etc.). Il craint énormément tout ce qui est relié au feu et redoute un incendie : il est incapable de faire le plein de sa voiture, il ne peut allumer son barbecue, il s'éloigne énormément de son foyer et est très anxieux lorsque celui-ci est allumé. Il a aussi peur du noir et doit toujours laisser une lumière allumée près de son lit durant la nuit. Depuis cet événement, Normand a peur de la vapeur. Il est incapable de prendre une douche et devient très tendu et paniqué quand il voit du brouillard sur la route. Ces éléments, qui ne sont pas en soi dangereux, sont maintenant associés à un danger et entraînent chez lui de la détresse et de la peur. Il évite plusieurs situations : il craint d'entrer dans la cuisine et dans la salle de bain parce qu'elles sont maintenant associées au feu et à la vapeur et est aussi très tendu lorsqu'il sort à l'extérieur, car il y entend le plus souvent des bruits dérangeants (bruits de circulation ou de chantiers de construction).

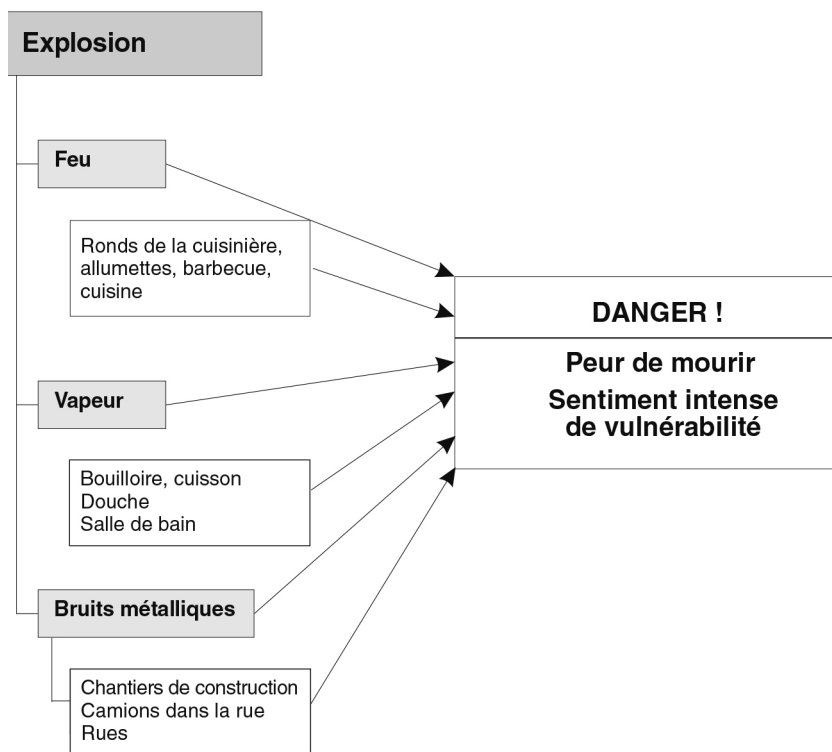
Avant les exercices

1) Conceptualisez, avec votre patient, ses associations conditionnées

À la suite de votre évaluation clinique, vous concluez que les symptômes de Normand résultent d'un conditionnement classique

et de second ordre. En effet, le feu, la vapeur et les bruits métalliques présents lors de l'explosion ont été associés à la détresse et à la peur intense de mourir qu'il a ressenties alors. Par la suite, les situations en lien avec ces éléments sont aussi devenues aversives et ont entraîné de l'anxiété et une impression intense de vulnérabilité. Vous dressez un schéma explicatif de ces associations (voir la figure suivante).

Exemple des associations conditionnées de Normand



2) Expliquez le rationnel

Normand ne comprend pas pourquoi il évite autant de situations et ne s'explique pas pourquoi des situations anodines le terrorisent (« Pourquoi suis-je incapable de prendre une douche ? »). Vous lui expliquez en quoi consiste le processus de conditionnement et

comment il peut, s'il se généralise, entraîner beaucoup de détresse et nuire à la qualité de vie tout en maintenant les symptômes. Il peut aussi être très utile de lui préciser les conséquences négatives de l'évitement à la différence de l'habituation.

Enfin, vous lui donnez des exemples concrets du processus de l'exposition graduelle *in vivo*. Ainsi, il est souvent étonnant de constater que certaines victimes, pourtant réticentes à comprendre le mécanisme d'exposition graduelle *in vivo*, vont tout naturellement proposer des exercices identiques si on leur demande de nous dire ce qu'elles feraient si leur enfant avait une crainte irraisonnée de quelque chose. Il est utile de s'allier à cet aspect du bon parent et du gros bon sens que ces individus portent en eux. Par exemple, nous pouvons leur demander ce qu'ils feraient si leur petite fille avait eu peur d'une grosse vague un jour sur une plage et qu'elle refusait depuis de retourner dans l'eau. La plupart du temps, ils mentionnent tout naturellement des étapes graduelles d'appropriation de l'eau avec douceur, afin que leur fille retrouve du plaisir à se baigner (marcher au bord de l'eau en lui tenant la main, mettre de l'eau dans sa main pour lui montrer qu'il n'y a pas de danger, aller avec elle sur le rivage, avoir de l'eau jusqu'aux pieds, aller ensuite jusqu'au torse, etc.).

3) Préparez bien la personne

Il peut être très aidant de bien préparer Normand à ressentir certains malaises durant les exercices. Encouragez-le et assurez-le que vous serez très compréhensif et respecterez son rythme. Enfin, identifiez avec lui certaines de ses craintes qui pourraient compromettre les exercices («J'ai peur de vivre un autre incendie», «Je trouve que le feu, c'est fondamentalement dangereux et qu'il vaut mieux s'en éloigner le plus possible», «J'ai peur de fuir la situation et de me couvrir de ridicule»), etc.

Pendant les exercices

4) Faites une liste des situations évitées

Dressez avec Normand une liste de toutes les situations qu'il évite carrément ou qu'il tolère avec anxiété dans le quotidien (voir

ci-dessous « Exemple de construction d'une hiérarchie d'exposition *in vivo* 1 »).

5) Expliquez-lui les NAS (niveau d'anxiété subjective)

Demandez à Normand d'évaluer le niveau de difficulté de chacune des situations que vous venez d'indiquer sur votre liste.

6) Construisez avec lui une hiérarchie des situations évitées à l'aide des NAS

(Voir « Exemple de construction d'une hiérarchie d'exposition *in vivo* 1 ».) À l'aide de ces cotes, graduez chacune des situations, de la plus facile à la plus difficile.

Exemple de construction d'une hiérarchie d'exposition *in vivo* 1

Liste des situations évitées

Liste des situations évitées et de celles qui sont tolérées avec anxiété par Normand, avec NAS (niveau d'anxiété subjectif) pour chacune des situations.

Situations	NAS
<i>Entrer dans la cuisine</i>	7
<i>Cuisiner</i>	10
<i>Aller à la station d'essence</i>	9
<i>S'approcher d'un barbecue ou d'un foyer</i>	10
<i>Aller chez quelqu'un qui a un foyer</i>	7
<i>Se promener dans une rue où passent beaucoup de camions</i>	5
<i>Entrer dans la salle de bain quand quelqu'un a pris sa douche</i>	6
<i>Entendre des sons métalliques</i>	8

Hiérarchie des situations

<i>Se promener dans une rue où passent beaucoup de camions</i>	5
<i>Entrer dans la salle de bain quand quelqu'un a pris sa douche</i>	6
<i>Entrer dans la cuisine</i>	7
<i>Aller chez quelqu'un qui a un foyer</i>	7
<i>Entendre des sons métalliques</i>	8
<i>Aller à la station d'essence</i>	9
<i>Cuisiner</i>	10
<i>S'approcher d'un barbecue ou d'un foyer</i>	10

7) Faites une hiérarchie d'exposition graduelle *in vivo* pour chacune des situations évitées

Regroupez les situations qui sont similaires ou qui constituent à votre avis différentes étapes d'une même hiérarchie. Ensuite, pour chacune, dressez une liste des exercices qui devront être faits par Normand. Prévoyez au moins 10 exercices pour chacune des situations. Assurez-vous que cette hiérarchie est très progressive, selon vos deux critères : a) chacune des situations doit être assez difficile pour que la victime apprenne quelque chose ; mais b) assez facile pour que la victime soit capable de la supporter sans fuir. (Voir « Exemple de construction d'une hiérarchie d'exposition *in vivo* 2 ».)

Exemple de construction d'une hiérarchie d'exposition *in vivo* 2

Déterminez les situations qui pourraient être travaillées à l'aide de l'exposition *in vivo* (commencez par les situations les plus faciles). Pour chacune, précisez une hiérarchie d'exposition, de la plus facile (niveau 1) à la plus difficile (niveau 10).

Situation: repasser dans une rue passante

1. Entendre de légers bruits métalliques (triangle, trousseau de clés agité), en étant accompagné.
2. Entendre de légers bruits métalliques, en étant seul.
3. Entendre de légers bruits métalliques, seul et en regardant ailleurs.
4. Entendre de légers bruits métalliques, seul et en fermant les yeux.
5. Entendre de forts bruits métalliques (clés dans une poubelle de métal), accompagné.
6. Entendre de forts bruits métalliques, seul.
7. Entendre de forts bruits métalliques, seul et en regardant ailleurs.
8. Entendre de forts bruits métalliques, seul et en fermant les yeux.
9. Marcher, accompagné dans une rue moyennement passante le jour (puis le soir).
10. Marcher, accompagné dans une rue assez passante le jour (puis le soir).

Situation: parvenir à cuisiner

1. Entrer dans la cuisine en regardant le comptoir (accompagné, puis seul).
 2. Entrer dans la cuisine en regardant le four (accompagné, puis seul).
 3. Entrer dans la cuisine en regardant le four allumé (accompagné, puis seul).
 4. Allumer l'élément de la cuisinière et rester plus près de celui-ci (accompagné, puis seul).
 5. Sentir la chaleur de l'élément en tendant la main.
 6. Sentir la chaleur de l'élément en tendant la main, les yeux fermés.
 7. Faire bouillir de l'eau dans une casserole.
 8. Sentir la chaleur de la vapeur d'eau de la casserole en tendant la main.
 9. Manipuler la casserole alors que l'eau bout.
 10. Allumer une allumette.
 11. Faire cuire un steak (accompagné, puis seul).
 12. Se préparer de la soupe (accompagné, puis seul).
-

8) Revenez sur des notions importantes

Vérifiez bien la compréhension de Normand face au rationnel de l'exposition. Si nécessaire, revenez sur certaines notions, identifiez ses craintes ou ses résistances et expliquez-lui pourquoi vous utilisez cette stratégie : notez avec lui comment l'évitement renforce l'anxiété et redonnez-lui des exemples de ce mécanisme. Ensuite, reprenez ensemble le fait que l'anxiété n'est pas un indice d'une nouvelle retraumatisation, qu'elle peut être inconfortable, mais pas dangereuse.

9) Précisez certaines consignes à suivre lors des exercices

- a) Normand ne doit quitter la situation d'exercice que lorsque l'anxiété aura diminué de façon significative (il faut éviter une courbe d'évitement).
- b) Vous déciderez de concert avec lui de passer à l'exercice suivant lorsque la situation précédente sera tolérée *facilement* (faire autant de séances que nécessaire).
- c) L'exposition est un apprentissage et devra être répétée pour être efficace.
- d) Normand ne doit pas voir les exercices comme des obligations de performance, mais comme des tentatives, des occasions d'apprendre quelque chose de différent. Si l'exercice ne

fonctionne pas, ou pas comme désiré, on recommencera avec patience et indulgence.

10) Commencez par les situations qui évoquent un niveau d'anxiété de moyen à bas

Évidemment, on commencera par l'exercice d'exposition aux bruits de la rue.

11) La victime enregistre l'heure, ses pensées et son NAS initial

Avant de commencer l'exercice, demandez à Normand d'écrire l'heure, sa crainte et son niveau d'anxiété subjectif sur la « Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo* ».

12) Exposez-vous, avec Normand, à certaines situations

Pour donner une bonne idée à Normand de la façon de faire les exercices, vous pouvez créer dans votre bureau de légers bruits métalliques auxquels il pourra s'habituer. Pour cela, utilisez des accessoires qui créeront des bruits métalliques (agiter un trousseau de clés, cogner une règle contre un porte-crayon de métal, une paire de ciseaux contre une règle en métal, etc.). Vous pouvez aussi décider d'aller avec lui dans la rue pour l'aider à s'exposer à ces bruits. Ces séances peuvent vous permettre de constater que Normand a tendance à percevoir les bruits comme dangereux. Vous pouvez en profiter pour lui mentionner que vous ne vous attendez pas à ce qu'il trouve ces bruits agréables, mais que, même s'ils sont désagréables, ils restent inoffensifs. Si Normand est très tendu pendant ces exercices, profitez-en pour lui demander de repratiquer sa respiration diaphragmatique et surtout la contraction et la détente des muscles du torse, qui semblent les plus tendus pendant les exercices. Enfin, n'oubliez pas de lui mentionner de nouveau qu'il doit tolérer l'anxiété et non pas tenter de l'éliminer en la fuyant. Il ne doit pas non plus se tendre physiquement, mais plutôt « faire l'algue », s'abandonner (voir la section 10.1.1). Pendant tout cela, ne perdez jamais de vue la qualité de la relation thérapeutique et l'importance d'une attitude réconfortante et empathique.

13) La victime enregistre ses pensées et son NAS pendant l'exposition

Pendant l'exercice, demandez à Normand de noter sa crainte et son niveau d'anxiété subjectif dans la colonne correspondante sur la feuille « Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo* ».

14) La victime doit rester dans la situation pendant au moins 45 minutes ou jusqu'à ce que l'anxiété ait diminué d'au moins 50 %

Il reste essentiel que Normand tente de tolérer ses symptômes d'anxiété jusqu'à ce que ceux-ci diminuent doucement avec le temps. Il doit donc ressentir le processus d'habituation avant de quitter l'exercice et sentir un tant soit peu qu'il ne s'est rien passé et qu'il y était en sécurité malgré ses inquiétudes. Vous remarquerez peut-être qu'il se sent très vulnérable et que son sentiment d'incontrôle le pousse à quitter la situation. À ce moment-là, il peut être en sueur, ses mains peuvent se crispier et il peut vérifier s'il y a des portes de sortie. Encouragez-le à tolérer la situation ou revenez sur certains principes de base tout en vous assurant que la situation n'est pas trop difficile pour lui et qu'il est capable de la réussir.

15) La victime enregistre l'heure, ses pensées et son NAS final et elle indique ses commentaires sur l'exercice

Après l'exercice, demandez à Normand d'écrire l'heure de la fin de l'exercice, sa pensée et son niveau d'anxiété subjectif dans la colonne correspondante sur la feuille « Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo* ».

16) Prévoyez un retour au calme à la fin de l'exercice

Profitez de la fin de l'exercice pour faire un bilan avec Normand de la façon dont s'est passé l'exercice. Utilisez la respiration afin de favoriser une détente plus complète, s'il reste encore anxieux et tendu. N'oubliez pas de mettre en évidence le courage que cela lui a pris pour s'exposer ainsi.

Après les exercices

17) Prévoyez les prochains exercices que la victime fera pendant la semaine

Déterminez avec Normand les exercices prévus pendant la semaine. Prévoyez des exercices où il sera accompagné de son meilleur ami, par exemple, qui n'exerce pas de pression sur lui et qui comprend ses symptômes. Remplissez avec lui les premières colonnes de la « Grille d'auto-observation pour les exercices d'exposition *in vivo* » et demandez-lui de remplir le reste au moment des exercices. Ces exercices, d'une durée d'au moins 50 minutes, devront être réalisés au moins 4-5 fois par semaine.

18) Soyez disponible

Précisez à Normand qu'il peut vous contacter facilement par téléphone, au besoin. Votre objectif est de pouvoir agir rapidement s'il se sent en détresse.

11.7 Des grilles hiérarchiques pour divers traumatismes

Vous trouverez ici quelques suggestions de grilles hiérarchiques types. Évidemment, celles-ci ne sont données qu'à titre indicatif et doivent absolument être personnalisées selon la symptomatologie, les besoins et les caractéristiques de chaque victime. Néanmoins, elles peuvent tout de même vous donner une idée de ce à quoi peuvent ressembler certaines hiérarchies d'exposition.

Observez comment ces grilles peuvent être graduées selon certaines caractéristiques : le jour ou le soir, le fait d'être seul ou accompagné, le nombre de personnes entourant la victime, la similitude avec les caractéristiques de l'événement traumatique, etc.

De plus, pour certains exercices, vous pouvez demander la collaboration du personnel de l'endroit où on va s'exposer. Les gens sont généralement gentils et compréhensifs quand on leur explique la raison de l'exercice. Ils sont souvent moins suspicieux que lorsqu'ils remarquent que nous « rôdons » pendant 45 minutes autour d'eux sans motif apparent.

Adrienne a vécu un vol à main armée dans une boutique le soir

À la suite d'un vol à main armée, plusieurs victimes éviteront les situations où il y a perception d'argent, craignant d'être impliquées dans un autre vol. Elles éviteront ainsi d'entrer dans les banques, les dépanneurs, les guichets automatiques, les épiceries, les stations-service ou les petites boutiques. Elles se sentiront souvent davantage à l'aise et en sécurité dans des endroits plus ouverts, où il n'y a pas perception d'argent : dans les rues, les parcs, les bibliothèques, les cliniques.

Pour Adrienne, c'était vraiment le retour au travail qui était difficile : elle qui était caissière craignait un autre vol à main armée. Elle se sentait très vulnérable, était constamment en état d'hypervigilance et d'alerte. Elle qui adorait magasiner dans les petites boutiques ne pouvait plus y retourner. Elle évitait tous les endroits publics et ne pouvait plus travailler.

Nous avons débuté par des exercices dans des lieux associés à la perception d'argent, mais non liés à son trauma : ainsi, nous avons été avec elle dans des cinémas, puis dans des épiceries, dans des stations-service, dans des banques, et enfin vint le moment d'aborder le contact avec de petites boutiques pour faciliter son retour au travail.

Voici comment nous avons procédé pour cette dernière étape :

1. Aller dans une boutique, le jour, accompagnée. Dans la boutique : entrer, regarder, puis ressortir sans acheter.
2. Dans la boutique : s'approcher de la caisse pour demander des renseignements.
3. Dans la boutique : demander à son accompagnateur d'acheter quelque chose et le regarder payer à la caisse.
4. Dans la boutique : acheter quelque chose à la caisse.
5. Répéter les étapes 1 à 4 en étant seule (demander d'abord à l'accompagnateur d'attendre dehors, puis le faire totalement seule).
6. Aller dans la boutique où s'est produit le vol, le jour, accompagnée.
7. S'installer à côté de la caisse de la boutique pendant 50 minutes.

8. S'installer derrière la caisse de la boutique pendant 50 minutes, sans contact avec les clients.
9. S'installer derrière la caisse de la boutique et emballer les achats des clients.
10. Travailler à la caisse de la boutique le jour, avec une collègue (puis seule).
11. Travailler à la caisse de la boutique le soir, avec une collègue (puis seule).

Pierre a vécu un accident de voiture sur une route enneigée

Certaines victimes d'accident de la route trouvent plus difficile de conduire, car elles doutent de leurs capacités, alors que d'autres trouvent plus difficile d'être passagères, ne se sentant pas en contrôle de la situation.

Pierre a été victime d'un accident de voiture alors qu'un camion, dont le conducteur ne l'avait pas vu, l'a percuté de plein fouet en hiver, sur une route mal éclairée. Pour sa part, Pierre trouvait beaucoup plus difficile de conduire que d'être passager. Comme passager, il pouvait tenter de se changer les idées, de fermer les yeux ou d'écouter la musique, mais comme conducteur il était obligé de prêter attention à la circulation, et cela l'effrayait énormément : il faisait beaucoup d'attention sélective, ne remarquant que les erreurs de conduite ou les manœuvres imprudentes des autres conducteurs, ce qui confirmait sa croyance de base selon laquelle la route est un lieu dangereux. Il avait fini par conduire de moins en moins et empruntait de petites rues pour se rendre à son travail. Lorsqu'il devait parcourir de grandes distances, il prenait le train ou l'autobus. Enfin, il se sentait très peu à l'aise dès que les conditions routières n'étaient pas idéales : il ne se servait pas de sa voiture l'hiver et détestait conduire à la noirceur.

Pour cet exemple, nous pouvons donc graduer la hiérarchie selon plusieurs facteurs : la noirceur, les conditions météorologiques, la circulation routière et l'importance des routes empruntées. L'ordre d'exposition à ces divers facteurs doit être déterminé et adapté de façon personnalisée à chaque victime. Ici,

on a d'abord choisi d'exposer Pierre à la noirceur, à la circulation et à l'importance des routes, puis aux conditions enneigées.

1. Conduire sur une petite route de campagne à sens unique.
2. Conduire sur une petite route de campagne à deux voies le jour (puis le soir).
3. Conduire sur une route de ville à sens unique.
4. Conduire sur une route de ville à deux voies.
5. Conduire sur une route de ville à deux voies durant les heures de circulation.
6. Conduire sur l'autoroute à une heure de faible circulation le jour (puis le soir).
7. Conduire sur l'autoroute à une heure de grande circulation le jour.
8. Conduire sur l'autoroute à une heure de grande circulation en fin de journée.
9. Conduire sur une petite route de campagne à sens unique dans des conditions météo difficiles.
10. Conduire sur une petite route de campagne à double sens le jour dans des conditions météo difficiles (puis le soir).
11. Conduire sur une avenue à sens unique/puis à double sens dans des conditions météo difficiles.
12. Conduire sur une avenue à double sens/puis sur l'autoroute en pleine circulation dans des conditions météo difficiles (puis le soir).

Nicole a vécu une agression physique au travail

Nicole est infirmière psychiatrique et un patient l'a agressée dernièrement à son travail. Depuis, elle est incapable de retourner travailler; elle a peur des gens, évite les endroits publics, se sent très vulnérable lorsqu'elle sait qu'il y a quelqu'un derrière elle. Nous avons décidé de cibler les exercices sur l'approvisionnement des gens autour d'elle et la reprise de son travail.

1. Patienter dans une salle d'attente, le dos contre le mur.
2. Aller marcher dans un centre commercial, accompagnée.

3. Aller marcher dans un centre commercial alors que l'accompagnateur attend à un endroit désigné à l'intérieur de l'édifice (par exemple, le restaurant du centre commercial).
4. Aller marcher dans un centre commercial alors que l'accompagnateur attend dans le stationnement.
5. Patienter en plein milieu d'une salle d'attente.
6. Prendre le métro, accompagnée (le dos contre la cloison du wagon, puis en plein centre).
7. Prendre le métro, seule.
8. Aller rendre visite à ses collègues de travail toute une matinée une fois, puis plusieurs fois par semaine.
9. Aller travailler dans l'unité où elle a vécu l'agression 2 demi-journées par semaine (travail de bureau).
10. Aller travailler dans l'unité où elle a vécu l'agression 2 journées non consécutives par semaine (travail de bureau).
11. Aller travailler dans l'unité où elle a vécu l'agression 2 journées non consécutives par semaine (travail avec la clientèle, avec une collègue).
12. Aller travailler dans l'unité où elle a vécu l'agression 3 journées non consécutives par semaine (travail avec la clientèle, accompagnée d'une collègue ou seule).
13. Aller travailler dans l'unité où elle a vécu l'agression 4 journées par semaine (2 jours consécutifs espacés par une journée) (travail avec la clientèle, accompagnée d'une collègue ou seule).
14. Retourner au travail à temps plein.

11.8 Difficultés thérapeutiques potentielles

Le thérapeute est lui-même résistant face aux stratégies d'exposition

Étonnamment, malgré des preuves scientifiques sans équivoque, depuis des décennies, de la grande efficacité des stratégies d'exposition, et bien que les données soulignent que ces stratégies sont bien accueillies par les patients comparativement aux traitements pharmacologiques (Otto *et al.*, 2001), il faut constater qu'elles sont encore largement sous-utilisées par les cliniciens (Hipol et Deacon, 2012; Pittig et Hoyer; 2017; Philippot, 2022).

Comment expliquer ce paradoxe? Notons que ces stratégies ont (malheureusement) mauvaise presse, qu'elles suscitent encore des craintes ou un inconfort chez le soignant, qu'elles peuvent se heurter à une certaine « paresse » de l'intervenant quand vient le temps de quitter son bureau pour se rendre à l'extérieur, et qu'il est encore bien difficile de recevoir de la formation concrète sur le terrain dans le programme de plusieurs doctorants en psychologie (Scheveneels *et al.*, 2021 ; les travaux de Deacon et ceux de Schneider montrent combien ces craintes sont infondées; voir aussi les sections 12.10 et 14.9). Tous ces facteurs peuvent expliquer ce paradoxe malheureux qui contribue à priver de nombreuses victimes de stratégies puissantes et efficaces...

La victime n'accueille pas assez les sensations physiques et les émotions

La victime ressent un niveau d'anxiété, mais elle ne constate pas que sa détresse diminue et ne ressent pas d'habituation. Pourquoi? Dans un premier temps, il est important de vérifier la présence de dialogue interne qui maintiendrait l'anxiété: se répète-t-elle des phrases, intérieurement, qui contribuent à maintenir son impression de vulnérabilité (p. ex. « Je sens que je vais me faire agresser », « Lui, il a l'air bizarre », « J'ai hâte que ça se termine pour que je puisse rentrer chez moi », « Je n'aime pas du tout faire ces exercices, ils sont dangereux », etc.).

Dans un deuxième temps, tentez d'évaluer si la victime est tendue physiquement. Si c'est le cas, cette tension peut l'empêcher de ressentir le processus d'habituation. Tente-t-elle de combattre l'anxiété en se crispant ou en combattant? Rappelons qu'elle doit au contraire s'abandonner, laisser venir l'anxiété, certes, mais aussi toutes les sensations physiques et les émotions associées, et ce, sans crainte et sans jugement. Favorisez l'accueil et l'abandon corporel et utilisez l'image de l'algue pour ce faire (étape 1 du processus émotionnel, voir les sections 8.5 et 10.1.1). Considérez des stratégies de pleine conscience qui améliorent la bienveillance face aux états physiologiques désagréables, les émotions inconfortables et les cognitions négatives (Pérez-Pena *et al.*, 2022 ; voir le chapitre 8). Puis, travaillez avec elle ses craintes face aux sensations anxieuses.

Enfin, envisagez de prolonger un peu l'exercice et de le répéter fréquemment.

La victime ressent très peu d'anxiété durant l'exposition

Vous constatez que la victime ne fait que peu de progrès et démontre très peu d'anxiété durant les exercices. D'abord, vérifiez si elle n'a pas recours à la neutralisation (se dit-elle intérieurement des phrases rassurantes?). Est-elle capable de laisser monter l'anxiété et de la tolérer, ou tente-t-elle plutôt de la bloquer et de l'éliminer? Essaie-t-elle de se distraire pour ne pas être en contact avec son anxiété? Se répète-t-elle des phrases irréaliment positives? Si c'est le cas, reprenez avec elle la psychopédagogie de l'anxiété. Sinon, la hiérarchie d'exposition est peut-être trop facile : songez à la reconstruire.

La victime panique pendant l'exposition

Il arrive rarement que la victime panique lors d'un exercice et qu'elle veuille fuir à tout prix la situation. Cependant, cela est possible (nous exposons la victime à la vie et celle-ci comporte son lot d'imprévus même lors de séances d'exposition) et il est important de savoir comment réagir afin de ne pas confirmer ses craintes, renforcer le conditionnement aversif et maintenir son évitement tout en conservant une bonne relation thérapeutique.

Si votre patient panique lors d'un exercice, tentez d'abord de l'apaiser *avant* de considérer de sortir de la situation (« Dis-moi comment tu te sens », « Qu'est-ce que tu crains? », « Je suis là », « Veux-tu que nous essayions la respiration diaphragmatique ensemble? », etc.). Si cela ne fonctionne pas, rendez-vous avec elle jusqu'à un endroit où elle se sent en sécurité, mais pas trop loin de la situation évitée. Prenez ensuite tout votre temps pour comprendre le déclencheur de cette panique (a-t-elle vu un homme qui ressemblait à l'agresseur, par exemple?) et ne minimisez pas ses craintes. Adoptez une attitude bienveillante, chaleureuse et apaisante afin qu'elle retrouve un certain calme. Vous pouvez faire un peu de restructuration cognitive sur place si ses peurs sont très irrationnelles. Vous pouvez aussi effectuer des stratégies de rééducation respiratoire avec elle ou de la marche pour l'apaiser physiquement.

Ensuite, demandez-lui si, avant de terminer la séance et de revenir au bureau, vous pouvez retourner à un endroit *intermédiaire* (connu et où elle est déjà allée) entre cet endroit sécuritaire actuel et la situation originale. L'objectif est de faire en sorte que la victime ne reste pas sur une intense impression de détresse et d'échec, mais qu'elle puisse tenter un processus d'habituation et ressentir par la suite un certain succès.

La victime est en état de dissociation pendant l'exposition

Il peut arriver, dans des cas complexes de TSPT, que la victime utilise des mécanismes plus primaires et absolus pour gérer son anxiété et qu'elle dissocie pendant l'exposition. Dans ces cas-là, il est souvent utile de lui présenter les fonctions de la dissociation (mécanisme de protection automatique exagéré, coupure avec les émotions, retour à un état moins douloureux de détachement; voir la section 8.6). Ensuite, tentez d'identifier avec elle les déclencheurs et les émotions sous-jacentes à cette dissociation. Est-ce une impression de terreur, de peur intense, d'horreur? A-t-elle déjà utilisé ce mécanisme lors d'événements traumatiques antérieurs? Éprouve-t-elle certaines craintes face à ses émotions? A-t-elle peur des exercices d'exposition? Rappelez-vous d'effectuer ce travail avec bienveillance et de légitimer ses émotions sous-jacentes, puis demandez à la victime de vous avertir lorsqu'elle sentira une montée d'émotion intense annonçant une coupure dissociative. Assurez-la que, dans un tel cas, vous respecterez ses limites et doserez l'exercice selon ce qu'elle vit. Utilisez des stratégies d'ancrage puis, si vous la sentez prête, reprenez très doucement et très graduellement l'exposition en dosant mieux la hiérarchie afin que la victime garde le contact avec vous et la réalité. Si vous la sentez trop fragile, abandonnez l'exposition (voir la section 14.7).

Abus de substances chez la victime

Certaines personnes utilisent l'alcool ou la drogue afin de ne pas être en contact avec les symptômes post-traumatiques douloureux. Elles ont beaucoup de difficulté à tolérer l'inconfort physique et refusent de ressentir de la vulnérabilité. Ces tendances

peuvent entrer en contradiction avec le processus d'exposition et même le saboter. En effet, ces exercices sont parfois incompatibles avec les habitudes de consommation, qui font en sorte qu'on évite de se sentir, on se «gèle» émotivement, on fuit la réalité pour se réfugier dans un autre état... alors que dans le processus d'exposition, il est plutôt question de provoquer un contact avec des éléments anxiogènes, de tolérer ses sensations désagréables, de les laisser prendre leur place, d'augmenter notre tolérance à l'inconfort pour réapprivoiser des situations évitées (voir la section 14.3).

Fragilité temporaire de la victime (état de crise, rupture conjugale, procédures judiciaires, etc.)

Entreprendre une stratégie d'exposition avec une personne demande temps et énergie. Il est important de s'assurer qu'elle est dans une période de stabilité relative. En effet, le processus d'exposition va en soi provoquer une remontée temporaire de certains symptômes post-traumatiques et anxieux ; il est donc nécessaire 1) de s'assurer qu'ils ne s'ajoutent pas à un état déjà fragile, ce qui compromettrait leur efficacité ; et 2) d'évaluer de près l'impact de ces stratégies sur l'état quotidien de la victime. Si celle-ci vit déjà des difficultés importantes, vous ne pourrez déterminer si les fluctuations de son état découlent de l'exposition ou non. Dans de tels cas, mettez de côté les stratégies d'exposition et aidez plutôt la victime à traverser le mieux possible ses épreuves quotidiennes, maximisez ses ressources adaptatives et menez des stratégies d'exposition lors d'une période plus calme où elle aura davantage accès à ses ressources adaptatives et à toute sa résilience.

11.9 Quelques conseils thérapeutiques

Prenez le temps de bien conceptualiser les associations conditionnées de la victime. Pour bien traiter, il faut d'abord bien évaluer. Chaque victime est unique, et pour réussir une stratégie d'exposition, il faut connaître les émotions, les interprétations, les sensations physiques comprises dans la structure de peur spécifique de la victime.

Préparez la victime aux exercices. Cela peut signifier d'attendre que la relation thérapeutique soit suffisamment forte.

Cela peut aussi exiger d'expliciter les fondements de cette stratégie afin que la victime comprenne bien pourquoi vous lui proposez l'exposition à ce moment-ci de la démarche. Précisez-lui les modalités de l'exposition afin qu'elle saisisse bien comment se passeront les exercices, et qu'elle comprenne votre rôle et ses mécanismes de « sécurité ». Préparez-la à des sensations physiques, à des émotions et à des cognitions désagréables mais non dangereuses, et utilisez l'analogie de l'algue afin de favoriser un meilleur accueil de celles-ci avec bienveillance.

Assurez-vous que l'exposition soit progressive. D'abord, chacune des situations doit être assez difficile pour que la victime apprenne quelque chose, assez facile pour que la victime soit capable de la supporter sans fuir. Ensuite, chacun des exercices doit être effectué facilement avant de poursuivre l'exposition et de passer à une situation plus anxiogène.

Graduez la hiérarchie de situations selon divers critères propres à la victime. Voici quelques exemples : l'heure de la journée, le fait d'être seul ou accompagné, le nombre de personnes autour d'elle, la similitude avec l'événement traumatique, les conditions climatiques, etc.

Assistez à au moins une séance d'exposition. C'est souvent la seule façon de vous assurer que la victime effectue adéquatement ses exercices. C'est plus exigeant, mais cela vaut la peine de briser notre routine habituelle et de sortir de notre bureau avec la victime pour l'accompagner durant ses exercices : en voiture, dans les banques, les centres commerciaux, la rue, le métro. L'accompagner vous permettra entre autres de peaufiner votre évaluation clinique, de vérifier sa façon de tolérer l'anxiété, de prendre conscience de certaines de ses craintes, de corriger dès le début des attitudes non productives et de l'encourager dans son évolution.

Précisez votre mandat clairement. Accompagner la victime à l'extérieur doit être fait dans un esprit thérapeutique très clair : vous êtes là pour l'aider à gérer son anxiété, favoriser la digestion de l'événement traumatique, renforcer son estime de soi et développer son autonomie. Précisez votre mandat thérapeutique afin qu'il soit limpide pour votre patient. Attention aux

conflits de rôles potentiels : cela n'est pas une « sortie avec mon thérapeute » : il s'agit d'une *séance thérapeutique d'exercice* et du travail d'équipe d'un professionnel et de son patient. Assurez-vous que votre patient *et* son entourage comprennent bien ces nuances importantes.

Prévoyez des exercices suffisamment longs. Planifiez des rencontres plus longues que les 50 minutes habituelles : des séances d'une heure trente ou de deux heures conviennent davantage. Elles vous permettent de faire de l'exposition pendant 45-55 minutes, en préparant bien la victime et en faisant un retour au calme et un bilan à la fin de la rencontre sans vous sentir tous les deux trop pressés.

Prévoyez des exercices suffisamment rapprochés dans le temps et faits régulièrement. Pour que l'exposition fonctionne, il est important que la victime s'expose de façon régulière : recommandez-lui de faire au moins quatre ou cinq fois par semaine le même exercice afin de noter une amélioration et une habitude. De plus, prévoir des exercices rapprochés (cinq fois en cinq semaines est un horaire beaucoup moins efficace que cinq fois par semaine).

11.10. Envisagez d'autres modalités d'exposition

Nous ne pourrions terminer ce chapitre sans nommer les nombreuses avancées scientifiques liées aux *modalités d'exposition à travers la réalité virtuelle* (pour une recension, voir l'excellent chapitre de Loranger et Bouchard, 2019 ; et l'ouvrage de Wiederhold et Bouchard, 2014). Ces stratégies permettent maintenant de traiter des personnes réfractaires à l'exposition *in vivo*, vivant en régions éloignées, qui sont incapables de sortir de chez elles, ou de mieux doser l'exposition lors de situations plus délicates. Des environnements virtuels ont été développés pour plusieurs types de victimes et sont maintenant de plus en plus accessibles aux cliniciens sur le terrain, même en application pour téléphones intelligents (Bouchard *et al.*, 2012 ; Kuhn *et al.*, 2017 ; voir les nombreuses références en fin d'ouvrage).

Des données indiquent que l'exposition *in virtuo* s'avère même supérieure aux groupes témoins et cliniquement comparable à

l'exposition *in vivo*. Bouchard *et al.* (2019) notent plusieurs avantages à cette modalité, tels que la stimulation multisensorielle assurant un sentiment de présence et le rappel des souvenirs à l'intégration du trauma, un meilleur contrôle des stimuli afin d'assurer la sécurité du patient, la présentation de contextes autrement impossibles, et le fait que cela assure la confidentialité du patient. Ils proposent aux cliniciens de «recourir aux immersions en réalité virtuelle: a) comme unique modalité, b) en guise de préparation aux expositions *in vivo*, ou c) en fin de traitement pour pousser davantage l'exposition» (p. 161). Pour encore plus d'information, consultez le site très pratique du Laboratoire de cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais.

11.11. Pensez à d'autres mécanismes d'action et d'efficacité

Ces dernières années ont vu l'émergence de textes soulignant que les thérapies d'exposition de pointe pour les troubles anxieux pourraient fonctionner selon l'*apprentissage inhibiteur et la récupération* en tant que mécanisme principal pour la réduction à long terme de la peur, de l'anxiété et de l'évitement. Craske et ses collègues proposent plusieurs stratégies d'optimisation de l'exposition à partir d'une approche de récupération inhibitrice en encourageant le clinicien à utiliser un outil clinique. Cet outil, le Nexus OptEx (pour *Optimal Exposure*), détermine les facteurs qui affectent l'espérance d'une association conditionnée: le résultat aversif (US), les prédicteurs (CS), les facteurs inhibiteurs (signaux de sécurité). Ces facteurs se combinent pour former une «exposition ultime», c'est-à-dire l'exposition avec l'efficacité la plus élevée possible. Le Nexus OptEx remplace la hiérarchie traditionnelle des peurs qui classe les situations en fonction des niveaux d'anxiété (voir les travaux fascinants de Craske, mais aussi Tolin, 2019; Ecker et Bridge, 2020; Lancaster *et al.*, 2020; Sangha *et al.*, 2020).

CHAPITRE 12

FAVORISER LA DIGESTION ÉMOTIONNELLE DU TRAUMA

«Je suis incapable de parler de l'événement sans me sentir submergée par l'émotion», «J'ai toujours des images spontanées de l'agression à des moments imprévisibles», «Je rêve encore de l'incendie et c'est horrible», «Il y a plusieurs moments de l'événement dont j'ai profondément honte et dont je n'ai jamais parlé à personne», «J'entends quelquefois dans ma tête les paroles du voleur», «Dès que je pense à mon accident de voiture, je me mets à pleurer», «Il me semble qu'il reste plusieurs choses taboues et honteuses dans mon viol, que je cache à tout le monde; c'est tellement lourd».

De nombreuses victimes présentent encore des symptômes importants de symptômes envahissants plusieurs mois, voire plusieurs années, après l'expérience traumatique. Elles vivent régulièrement des *flash-back* visuels ou auditifs, des cauchemars, une impression d'être submergées par l'émotion quand l'événement est mentionné ou remémoré ou une sensation de revivre les mêmes émotions lors de stimuli qui y sont associés. Elles évitent d'y penser, tentent de se distraire quand il revient à leur mémoire, mais les images se maintiennent. Le souvenir même de l'événement est douloureux et entraîne de la détresse.

Travailler les pensées associées à la détresse ou favoriser l'exposition *in vivo* entraîne quelquefois peu de diminution de ces symptômes. Les reviviscences sont particulièrement cristallisées chez certaines victimes et se maintiennent dans le temps. Pour

d'autres, l'expérience traumatique comporte des détails particulièrement difficiles, dont elles hésitent à parler et qui sont associés à beaucoup de honte.

12.1 Pourquoi a-t-on des symptômes envahissants à la suite d'un traumatisme ?

Comment expliquer que des images de l'événement reviennent constamment à la mémoire des victimes, et ce, sans qu'elles le désirent ? Les modèles de Foa et d'Horowitz (voir le chapitre 3) peuvent nous permettre de mieux en comprendre les causes. Celles-ci peuvent être de trois ordres : le souvenir du trauma revient en mémoire...

Parce que la structure de peur est réactivée

À la suite d'un traumatisme, la victime va se créer cognitivement une structure de peur, c'est-à-dire un réseau d'interconnexions (imaginons une toile d'araignée) entre les éléments physiques du trauma (objets, lieux, situations, etc.) et une signification qu'elle va leur donner (dangereux, honteux, incompetent, etc.). Comme nous l'avons vu au chapitre 3, une structure de peur associée aux symptômes post-traumatiques est souvent généralisée (elle contient beaucoup d'éléments associés à une signification de danger) et dévalorisante (beaucoup d'éléments sont associés à une signification d'incompétence). Les symptômes envahissants découlent de l'activation d'une telle structure. Une structure de peur post-traumatique peut s'activer de deux façons : 1) la victime entre en contact avec un élément similaire à celui enregistré dans cette structure. Prenons, par exemple, le cas d'une victime qui voit un chandail noir. Or, ce chandail ressemble à celui que portait son agresseur. Ce détail active sa structure de peur et fait donc revenir les souvenirs et les sensations associés au trauma : souvenir de l'agression sexuelle, images, sensations physiques, peur, sentiment intense de vulnérabilité ; 2) la victime tente de comprendre les causes ou les circonstances de l'événement traumatique. Elle essaie de lui donner un sens. Pour ce faire, elle reconsidère les significations qu'elle a accordées à des éléments insérés dans sa structure de peur : « Mon comportement était-il vraiment approprié ? Suis-je

vraiment incompétente? Aurais-je pu faire mieux? Cet élément est-il vraiment dangereux?» Or, penser à ce qui s'est produit réactive la structure de peur, ce qui entraîne de la détresse et un retour bouleversant des images et du souvenir de l'événement. Ce sont les reviviscences.

Parce que l'événement n'a pas été digéré émotionnellement

Le modèle d'Horowitz postule que toutes les images du traumatisme reviennent à la conscience tant qu'elles ne sont pas « digérées émotionnellement ». En fait, les reviviscences sont vues comme des éléments cognitifs qui n'ont pas été assimilés et qui remontent à la conscience afin d'être intégrés émotionnellement. Les cauchemars ou les pensées intrusives sont ainsi des indices qu'une partie de l'expérience traumatique est encore problématique et qu'elle entraîne des émotions extrêmement intenses. L'évitement cognitif empêche ce processus de digestion. Les images et les sensations liées au trauma sont bloquées à un niveau inconscient et font des retours vers la conscience sous forme de *flash-back*, de cauchemars ou d'images intrusives, dans une tentative d'être assimilées. Pour Horowitz, tant que l'événement n'a pas été verbalisé, nommé, tant qu'il n'y aura pas perlaboration émotionnelle du souvenir du trauma, les reviviscences se maintiendront.

En fait, on peut prendre l'exemple de l'ordinateur pour illustrer cette vision des choses. L'événement traumatique ressemble à un énorme nouveau fichier que l'on tente d'insérer dans notre disque dur informatique. Or, ce fichier est tellement imposant et bouleversant qu'on ne sait pas où le placer. Comment définir ce fichier? Comment l'analyser? Comment le comprendre pour bien le classer? Sous quelle rubrique l'insérer? Quel nom lui donner? Impossible de faire tout ce travail cognitif immédiatement. Résultat? Le fichier (sensations, images, souvenir du trauma) erre depuis dans l'espace informatique de notre ordinateur sans être classé, organisé, compris. De temps en temps, il « gravite » sous nos yeux, se rappelant à notre conscience parce qu'il n'est pas assimilé : ce sont les *flash-back*, les cauchemars ou les pensées intrusives liés au trauma.

Parce que les reviviscences sont évitées

Les reviviscences post-traumatiques sont très douloureuses et la victime évitera ces images et ces pensées pour se protéger émotionnellement.

Nous avons vu que, à la suite d'un traumatisme, la victime évitera tous les endroits, les objets et les éléments physiques associés au trauma qui pourraient induire chez elle un sentiment intense de détresse et de peur. Il faut cependant ajouter que le souvenir en soi de l'événement est lui aussi fortement associé à une détresse intense : il s'agit du pire événement de sa vie. La victime va donc ainsi faire de l'*évitement cognitif*, c'est-à-dire tenter de chasser le souvenir de sa mémoire, se distraire lorsque des images intrusives reviennent à sa conscience, « mettre cela de côté », éviter d'y penser, faire des efforts pour bloquer certains souvenirs ou pour refouler des images trop désagréables qui entraînent de la peur chez elle. Mais elle ne va pas qu'éviter des souvenirs associés à de la détresse, à de la terreur ou à de l'horreur. Elle va aussi éviter des souvenirs traumatiques qui sont associés à de la honte, à de la culpabilité, à des actes dégradants ou à des comportements jugés inadéquats (« Je ne peux croire que j'ai fui », « que je n'ai pas crié », « que j'ai accepté son invitation », etc.). Plusieurs victimes sont ainsi incapables de se souvenir de certains moments du trauma, de parler de cet événement ou de regarder des objets associés à celui-ci sans se sentir profondément bouleversées et submergées par la détresse.

L'évitement leur permet de se sentir plus fonctionnelles, à court terme seulement. Or, éviter à tout prix le souvenir de l'événement se traduit souvent par une recrudescence ou un maintien des reviviscences : plus la victime évite de penser à ces éléments, plus la relation entre ceux-ci et une signification de danger ou de honte se renforce. On assiste au même phénomène que celui à la base de l'évitement comportemental : la victime évite de penser à l'événement, ce qui maintient ou renforce la détresse associée au souvenir traumatique. Le cercle vicieux est très efficace : cet évitement cognitif empêche la digestion émotionnelle du trauma, ce qui maintient les symptômes envahissants qui, à leur tour, entretiendront de nouveau l'évitement émotionnel et cognitif.

La victime oscillera ainsi entre des moments où le souvenir et les images de l'événement prennent toute la place et d'autres où elle évitera ces images pour se ménager émotionnellement.

12.2 Comment fonctionne l'exposition au souvenir du trauma ?

L'exposition au souvenir du trauma (adaptation ici de la *Prolonged Exposure Therapy* développée par Foa) permet une habituation aux éléments anxiogènes associés au souvenir du traumatisme. Elle favorise, en quelque sorte, un deuil émotionnel de ce qui s'est passé. Pour plusieurs spécialistes, la diminution des symptômes envahissants passe par une modification de la structure de peur. Or, pour qu'elle soit modifiée, il faut que la structure de peur soit activée et qu'une information correctrice soit présentée et remplace la précédente. L'exposition au souvenir du trauma permet cette modification en proposant à la victime de prendre doucement contact avec le souvenir du trauma, de le décrire, de partager son expérience, de nommer ce qui s'est passé et d'exprimer ses émotions. Cette stratégie systématique permet de doser très graduellement le niveau d'exposition afin de favoriser l'habituation aux souvenirs traumatiques et de favoriser la digestion émotionnelle. Elle empêche l'évitement cognitif et, donc, le renforcement négatif des reviviscences. De plus, elle aide la victime à reconsidérer l'événement sous un aspect moins honteux et à ressentir pleinement l'acceptation thérapeutique.

12.3 Objectifs de l'exposition au souvenir du trauma

On utilise l'exposition au souvenir du trauma spécifiquement pour réduire les symptômes envahissants post-traumatiques. On vise ici à diminuer les cauchemars, les *flash-back*, les images intrusives et la détresse associés à la mémoire du traumatisme. Cette stratégie ne fera jamais en sorte que le trauma devienne un souvenir heureux, ce qui n'a jamais été l'objectif, d'ailleurs. Le trauma restera toujours le pire événement de la vie d'une victime. Mais cette stratégie pourrait lui permettre de se sentir plus calme quand elle se souviendra de certains aspects de l'événement, de pouvoir le raconter avec un peu plus d'apaisement ou

d'être plus sereine quand elle reconsidérera les circonstances de ce moment.

Cette stratégie vise à favoriser la *spécificité* face à l'événement traumatique : la victime réalise que celui-ci comportait des caractéristiques toutes particulières qui ne peuvent être généralisées à toutes les situations (« Raconter le viol me fait réaliser que tous les hommes ne sont pas ainsi »).

Elle a aussi pour but de favoriser une *indulgence* chez la victime en permettant une remise en question de ces interprétations d'incompétence. En effet, partager leur expérience traumatique avec un thérapeute est souvent, pour les victimes, une expérience profondément réparatrice. Décrire en détail l'événement dans une procédure systématique leur permet de remettre en question certaines de leurs interprétations de honte, de blâme ou de culpabilité, de reconsidérer l'événement sous un autre jour, dans un état émotionnel plus calme, en goûtant pleinement l'acceptation inconditionnelle et le soutien du thérapeute. L'accueil thérapeutique les encourage à parler de scènes difficiles en se sentant accompagnées, respectées, épaulées, ce qui en diminue le côté tabou. Elles revoient ces moments avec d'autres yeux, elles se sentent bien soutenues et mieux outillées, ce qui contribue fortement à faciliter la digestion émotionnelle du trauma.

L'exposition au souvenir du trauma permet ainsi une *habituation* à des éléments en mémoire qui avaient le pouvoir de bouleverser intensément la victime. Celle-ci réalise que la détresse qui est présente lorsqu'elle raconte le trauma pour la première fois diminue par la suite alors qu'elle répète cette description, et ce, même s'il n'y a pas d'évitement cognitif ou d'autodistraktion. Elle est plus sereine face à ce souvenir, peut davantage en parler ou le considérer et se sent moins honteuse face à lui.

12.4 Pourquoi l'exposition au souvenir du trauma fonctionne-t-elle ?

Elle favorise une habitude au souvenir de l'événement

L'exposition au souvenir du trauma favorise une habitude à des éléments cognitifs qui causaient de l'anxiété. Les images de

l'événement, les détails, les éléments enregistrés en mémoire perdent doucement de leur capacité à bouleverser la victime. Évidemment, ils ne seront jamais synonymes de plaisir ou de joie, mais ils n'entraîneront plus autant de détresse envahissante.

Ce souvenir ressemblera à ceux associés à un deuil. Dans les premiers mois ou les premières années, le seul souvenir de l'être cher décédé est susceptible de bouleverser la personne. Avec le temps, ces souvenirs deviennent moins aigus, moins prenants, moins envahissants. Ils restent toujours empreints de tristesse et du manque de l'être décédé, mais ils n'empêchent pas la personne de fonctionner. Ils ne sont pas évités à tout prix sous prétexte qu'ils entraîneraient trop de tristesse. L'endeuillé peut, au contraire, se remémorer des souvenirs, relater des anecdotes reliées au disparu avec tendresse ou nostalgie, sans que cela occasionne une détresse submergeante.

L'exposition en imagination vise à favoriser une telle digestion du souvenir de l'événement traumatique afin que celui-ci perde de son pouvoir à envahir et à incapaciter gravement la qualité de vie de la victime ; qu'il trouve sa place dans la structure psychologique de la victime sans la hanter ; qu'il puisse être associé à moins de détresse ; et qu'il ne soit plus évité à tout prix.

Elle empêche le renforcement de l'évitement

La victime réalise qu'elle peut se remémorer le pire souvenir de sa vie sans avoir besoin de l'éviter, sans fuir ni détourner son attention. Elle ressentira de l'anxiété, de la peur, de l'horreur en se souvenant de cet événement, mais se rendra compte que ces émotions peuvent être tolérées, comprises, nommées. L'évitement renforçait la signification de danger associée à ce souvenir. Par la suite, le seul rappel d'images liées à l'événement entraînait beaucoup d'anxiété. L'exposition au souvenir du trauma rend inutiles les comportements d'évitement cognitif et, ce faisant, elle permet l'intégration émotionnelle du traumatisme. Elle empêche, par le fait même, le renforcement des comportements d'évitement.

Les études sur les processus psychologiques qui maintiennent les obsessions du trouble obsessionnel-compulsif ont montré le rôle aggravant de l'évitement cognitif : plus la personne évite ses obses-

sions, plus elle leur accorde une grande importance, plus celles-ci reviennent à sa conscience avec force et fréquence. L'exposition au souvenir de l'événement traumatique rejoint cette ligne de pensée et vise le même objectif: diminuer l'évitement cognitif associé à un souvenir difficile afin de diminuer également les reviviscences.

Elle favorise de nouvelles associations cognitives

L'exposition au souvenir du trauma fonctionne, car elle encourage une remise en question des significations comprises dans la structure de peur et la création de nouvelles significations entre des éléments cognitifs (souvenir, images, détails) et un autre état émotionnel (calme plutôt que détresse).

Elle favorise également la *spécificité* du traumatisme. Elle permet de prendre conscience que le trauma est un événement spécifique, et non un prototype du monde dans son ensemble. Elle provoque aussi le retour d'un sentiment de *compétence* chez la victime. Elle permet de prendre conscience que les comportements manifestés lors du traumatisme ne sont pas des signes d'inefficacité, de lâcheté ou de faiblesse. Les significations de honte, de culpabilité, de dévalorisation, les interprétations généralisantes sont modifiées par cette verbalisation et cette exposition au souvenir de l'événement.

En remettant en question ces significations et en les remplaçant par d'autres, moins absolues et moins dévalorisantes, la victime diminue la valeur négative associée à la structure de peur. Elle a moins tendance à reconsidérer celle-ci et la réactive donc moins, ce qui entraîne par conséquent moins de symptômes envahissants.

Elle favorise une verbalisation des éléments tabous ou honteux dans une acceptation inconditionnelle

Cette mise en mots du souvenir de l'événement permet une perlaboration cognitive qui rend nul le besoin pour ces éléments de se manifester à la conscience sous forme de reviviscences. De plus, partager cette expérience avec quelqu'un, s'entendre la raconter permet de diminuer les sentiments de honte et de culpabilité et de réaliser que l'aspect cauchemardesque de ce souve-

nir peut être remis en question et s'ancrer dans le réel. Il peut être entendu par une personne sans que celle-ci manifeste de la désapprobation ou du rejet. L'exposition en imagination fonctionne, car elle favorise une acceptation de ce qui s'est produit. Non pas dans le sens où l'événement est maintenant plus acceptable, mais dans celui où l'on peut maintenant davantage accepter qu'il puisse avoir été... L'objectif ici consiste à offrir à la victime un espace où elle peut sentir qu'elle peut tout raconter : les détails morbides, les gestes honteux, les images horribles, qu'elle a cachés à tous et qui entretiennent souvent une honte profonde mais secrète. Cette stratégie lui offre la possibilité de nommer, dans une relation sécuritaire et accueillante, des éléments cauchemardesques et tabous, de les ancrer dans le réel et de sentir qu'elle est accueillie inconditionnellement, et ce, peu importe ce qui s'est passé lors du trauma. Cela l'aidera par la suite à s'offrir cette acceptation qu'elle a reçue de son thérapeute.

12.5 Recommandations au thérapeute

Lors des séances d'exposition au souvenir du trauma, tout l'art thérapeutique consiste : 1) à effectuer une bonne évaluation clinique de la pertinence de cette stratégie pour une victime spécifique ; 2) à bien doser l'exposition, de façon qu'elle entraîne le moins de détresse possible tout en permettant la meilleure habitude possible.

Voyons ici les contre-indications aux stratégies d'exposition les plus importantes. Considérons tout de suite votre inexpérience des stratégies d'exposition comme une contre-indication importante. Avant de commencer une telle stratégie avec une victime souffrant de TSPT, il est important que le thérapeute connaisse et ait déjà mené à bien des stratégies d'exposition avec des personnes atteintes d'autres types de troubles anxieux. De plus, il est essentiel qu'il possède une bonne connaissance des processus psychologiques sous-jacents. En ce sens, il est crucial que ces stratégies soient menées par un spécialiste de la santé mentale.

L'art thérapeutique implique aussi que l'on se serve de son intuition et de son expertise clinique pour interrompre toute stratégie qui semble inadéquate pour une victime particulière. Soyez

alerte aux signes graves de détérioration chez une victime qui a commencé avec vous l'exposition au souvenir du trauma. En particulier, notez une régression grave, une recrudescence des symptômes dépressifs, la manifestation de traits de personnalité plus immatures et dépendants, une perte importante de fonctionnalité, l'apparition de comportements autodestructeurs ou impulsifs, des idéations morbides ou suicidaires, un repli social important ou l'apparition de honte intense. Dans ces cas, il importe d'interrompre l'exposition, de travailler les déclencheurs avec la victime, les enjeux sous-jacents, de panser les blessures relationnelles grâce à une alliance thérapeutique solide et bienveillante et de surveiller les symptômes dépressifs et régressifs.

12.6 Niveau 1: étapes des premières séances d'exposition au souvenir du trauma

La procédure décrite ici est structurée en étapes et permet à la victime d'être doucement en contact avec le souvenir de l'événement. Elles sont graduées selon leur niveau de difficulté et permettent une habitude progressive ainsi qu'une évaluation constante de la réponse de la victime à cette procédure. Le niveau 1 permet ainsi à la victime de verbaliser et de décrire l'événement à son rythme ; le deuxième niveau amène la victime à s'exposer davantage aux images de l'événement ; le niveau 3 l'aide à activer toute la structure de peur en nommant les éléments sensoriels présents lors de l'événement. Nous verrons ici les diverses étapes spécifiques à l'exposition au souvenir du trauma avec le 1^{er} niveau.

1) Décrivez le rationnel à la victime

Expliquez à la victime comment vous vous expliquez la présence de ses symptômes envahissants et en quoi l'exposition au souvenir du trauma pourra l'aider. Donnez des exemples de structure de peur, dessinez ensemble la sienne spécifiquement et précisez les processus de conditionnement, d'évitement et d'habitude.

Pour ce faire, vous pouvez utiliser l'image suivante : « Les images de l'événement traumatique agissent comme un film d'horreur qui vous a fait très peur. Certaines scènes reviennent à votre conscience et vous les trouvez tellement dégoûtantes et

horribles que vous cherchez à les repousser et à vous distraire. Le problème, c'est qu'elles font partie de vous et qu'elles cherchent à être intégrées. Tant que vous tenterez de les éviter, elles reviendront à votre conscience et chercheront à être classées dans le grand fichier de votre "système". Pour le moment, elles errent sans savoir où aller et sans être assimilées. Vous êtes donc aux prises avec un processus oscillatoire : vous tentez de comprendre ce qui vous est arrivé, de donner un sens à ce que vous avez vu, de classer ce souvenir dans votre fichier mémoire, mais ces tentatives provoquent des symptômes d'anxiété tellement douloureux que vous avez tendance à mettre tout le souvenir de côté et à repousser les images. Or, l'évitement cognitif maintient les reviviscences : plus vous évitez d'y penser, plus vous êtes envahi par ce souvenir. Nous allons utiliser une stratégie qui vous permettra de digérer ces images de façon plus efficace. L'objectif n'est pas de rendre ce souvenir positif ou heureux, mais plutôt d'y être exposé, d'en parler, avec moins de détresse et sans être submergé par l'émotion. Elle vous permettra aussi de mettre des mots sur des moments innommables, de partager des choses qui vous semblent honteuses et de sentir que quelqu'un les reçoit inconditionnellement et comprend avec indulgence, bienveillance et compassion votre expérience. Vous regardez actuellement votre film d'horreur en boucle à travers vos doigts tremblants. Nous allons tenter de nous asseoir ensemble et de revoir ce film. Vous vous doutez bien que revoir un film d'horreur entraîne de la peur et de la détresse ; par contre, que pensez-vous qu'il se produit lorsqu'il est écouté cinq fois de suite ? Dix fois ? Vingt-cinq fois ? Cinquante fois ? Chaque fois, ce film perd de son pouvoir effrayant et, graduellement, il devient plus prévisible. En fait, l'objectif ici consiste à faire en sorte que ce souvenir qui fait déjà partie de vous, qui revient sans cesse à votre conscience, puisse être nommé et digéré. Vous serez capable d'y penser sans perdre tous vos moyens et sans être submergé par la détresse.»

2) Soyez attentif à l'anxiété de la victime

Évidemment, aucune victime ne trouvera la perspective de l'exposition au souvenir du trauma enthousiasmante : en fait, vous lui

demandez de faire exactement l'inverse de ce qu'elle a tendance à faire habituellement et de revenir sur le souvenir du pire événement de sa vie. Cette perspective peut être très anxiogène, et il importe d'être à l'écoute de cette anxiété et de la respecter. Comme pour la préparation à l'exposition graduelle *in vivo*, démystifiez la menace associée à ces sensations physiques: être anxieux n'est pas dangereux et n'entraînera pas automatiquement des états extrêmes (perte de connaissance, crise cardiaque, dépression grave et incontrôlable, accès de folie, etc.).

Il est aussi important de mentionner à la personne que décrire l'événement traumatique sera toujours *moins anxiogène* que de l'avoir vécu (en ce sens, elle a déjà vécu le pire) et que de nombreuses différences existent entre cet exercice et l'expérience traumatique comme telle. D'abord, vous êtes là et vous l'accompagnez avec toute votre bienveillance. Ensuite, la victime va raconter ce qu'elle a vécu dans un *état cognitif très différent*: elle sait maintenant comment cela s'est terminé. Elle peut donc revoir le traumatisme avec une nouvelle perspective, à la lumière de ce qu'elle a appris depuis, et en fonction de ce qu'elle est maintenant. Enfin, elle racontera le trauma dans un *état émotionnel très différent* de ce qu'elle a déjà vécu: elle est objectivement en sécurité dans votre bureau, elle a effectivement survécu à ce qui s'est passé, vous êtes présent et empathique à ce qu'elle vit et elle ne sera pas laissée à elle-même. Elle sait maintenant comment laisser monter les sensations physiques sans crainte et sans jugement, elle a mesuré les effets positifs de l'exposition graduelle *in vivo*, elle est capable de s'autoapaiser et elle comprend intimement combien l'anxiété n'est pas dangereuse en soi et qu'elle ne signifie pas que le trauma se répétera une seconde fois.

3) Demandez à la victime de vous décrire l'événement à son rythme

Si vous sentez que la victime est prête, demandez-lui d'avoir en tête le souvenir de l'événement traumatique. Puis, utilisez cette image: «Vous avez dans votre tête le film d'horreur de votre traumatisme. Il vous fait peur, il vous hante. Malgré tous vos efforts en ce sens, vous ne pouvez pas le mettre de côté ou l'ou-

blier. Nous allons tenter de le regarder ensemble afin de vous permettre de mieux l'assimiler, de mieux le digérer. Pour ce faire, nous allons avoir besoin que vous décriviez en détail ce qui vous est arrivé. C'est comme si vous vouliez me décrire un film que vous avez vu, mais que je ne connais pas: tentez de me donner une description la plus précise possible du déroulement, des gens, des objets, des couleurs, de l'atmosphère des scènes, etc., pour que l'image que j'ai en tête se rapproche le plus possible de ce que vous avez comme souvenir.» Puis, reprenez l'analogie de l'algue présentée plus tôt afin que la victime laisse monter, accueille et embrasse ses sensations, ses émotions et ses perceptions sans crainte et sans jugement afin de maximiser le processus d'habituation.

4) Demandez les NAS à la victime de façon régulière

Pendant la narration de l'événement, vous devez avoir une idée du niveau d'anxiété *actuel* de la victime afin de doser l'exposition et de prévenir les tendances dissociatives. Avertissez-la avant le début de la narration que vous allez lui demander son *niveau d'anxiété subjectif actuel* (NAS) (et non son niveau d'anxiété présent lors de l'événement traumatique) sur une échelle de 0 (très calme) à 100 (extrêmement anxieux). À divers moments de la narration, demandez-lui de *conserver son image mentale* et d'évaluer la façon dont elle se sent *actuellement* selon cette échelle. Pendant ce temps, prenez une feuille de papier quadrillée et tracez sa courbe d'anxiété. Pour ce faire, inscrivez quelques repères narratifs des moments où vous sondez la victime sur l'échelle horizontale et son niveau d'anxiété (plus le niveau est élevé, plus le point sera haut) sur l'échelle verticale. Cette courbe vous permettra de mieux identifier les moments les plus difficiles pour la victime et de vérifier son niveau de détresse. Quels sont les moments du trauma les plus horribles ou les plus difficiles à décrire pour elle? Quelles sont les images mentales les plus douloureuses? À partir de quel moment commence-t-elle à se sentir mieux? Est-elle en train de se dissocier?

5) Utilisez les techniques de respiration ou de relaxation lorsque nécessaire

Il peut arriver que le niveau d'anxiété ou de détresse (pleurs, honte) soit élevé pendant la narration. Pour aider la victime à poursuivre l'exercice, demandez-lui de conserver son image mentale et, en même temps, de faire des respirations diaphragmatiques avec vous. L'objectif est de faire en sorte que l'exposition soit supportable sans néanmoins utiliser la relaxation comme moyen d'évitement, de neutralisation ou de distraction. Vous pouvez aussi prendre quelques pauses en soulignant son courage et l'aspect exigeant de l'exercice, puis continuer. Laissez-la décrire l'événement à son rythme sans demander davantage de détails ou de précisions sur le déroulement du trauma; après tout, nous ne sommes qu'au niveau 1.

6) Après la description, prenez le temps de faire un retour sur l'exercice

Une fois la narration terminée, prenez quelques minutes pour dresser un bilan de l'exercice avec la victime. Comment cela s'est-il passé pour elle? Comment se sent-elle actuellement? Comment a-t-elle trouvé cet exercice par rapport à ce qu'elle avait anticipé? Vous pouvez lui montrer le graphique d'exposition que vous avez construit pendant la narration et qui reflète ses scores d'anxiété ainsi que les moments correspondants. Demandez-lui ce qu'elle en pense. Comment s'explique-t-elle ces courbes? Enfin, veillez à apaiser la victime si nécessaire, à l'aide de quelques stratégies de relaxation ou de respirations diaphragmatiques, pour favoriser un retour au calme.

7) Recommencez la description de l'événement autant de fois que possible

Il est recommandé de demander à la victime de reprendre la narration de l'événement avant la fin de la séance. L'avantage de refaire une narration, c'est que la victime trouve souvent la deuxième description moins difficile que la première. Elle ressort ainsi plus soulagée et anticipe moins la séance suivante. Assurez-vous cependant que vous avez chaque fois le temps de dresser un

bilan de la séance et de faire un retour au calme final avant que la victime quitte votre bureau.

8) Terminez la séance en douceur

Avertissez la victime qu'elle pourrait vivre davantage de symptômes d'anxiété et d'hyperactivation durant la semaine à venir, et davantage de symptômes envahissants (*cauchemars, flash-back*), mais que ces manifestations sont normales. Ces reviviscences ne signifient pas une rechute ou un retour en arrière; elles permettent souvent, au contraire, de réaliser que le travail thérapeutique cible des éléments importants et significatifs de sa symptomatologie. En fait, ces réactions témoignent que l'événement traumatique est travaillé. Conseillez à la victime d'avoir recours à ses stratégies de relaxation si l'anxiété reste élevée. Soyez aussi disponible pour lui parler au téléphone ou pour la revoir durant la semaine si elle le désire.

12.7 Niveau 2: étapes des séances suivantes

Dans les séances qui suivent, vous pourrez choisir, si la dernière rencontre s'est bien passée et que vous sentez la victime relativement à l'aise, de poursuivre l'exposition au souvenir du trauma à un niveau plus exigeant. Sinon, reprenez la même procédure que précédemment, c'est-à-dire demandez à la victime de vous narrer le déroulement de l'événement à *son rythme* et sans lui demander de détails précis sur l'événement.

Si vous trouvez la procédure vraiment trop difficile pour la victime, et ce, même au niveau 1, que vous l'avez sentie très fragile ou que vous observez l'apparition de symptômes inquiétants (recrudescence des symptômes dépressifs, personnalité plus immature et dépendante, perte importante de fonctionnalité, apparition de comportements autodestructeurs ou impulsifs, idéations morbides ou suicidaires, repli social important, apparition de honte intense), songez à adapter ou même à abandonner cette stratégie. Les stratégies d'exposition peuvent provoquer certains symptômes de dissociation (voir la section 11.8). Si vous sentez que la victime se dissocie, demandez-lui de faire la description de l'événement les yeux ouverts, et gardez un contact visuel avec elle

afin d'éviter le processus de dissociation. Vous pouvez aussi lui demander de vous décrire l'événement au temps passé, ce qui lui permettra de s'en distancier. Afin de vous aider à mieux doser son exposition au souvenir du trauma, demandez-lui de vous avertir si elle sent que c'est trop difficile pour elle ou qu'elle est presque en train de se couper d'elle-même. Si vous la sentez trop fragile, trop imprévisible, proposez-lui de ne surtout pas avoir recours à cette stratégie en votre absence. Faites les exercices dans votre bureau et soyez très attentif à toute dissociation ou régression.

Si vous sentez la victime assez à l'aise, vous pouvez entamer le niveau 2. Pour ce faire, elle reprendra la narration de l'événement, mais cette fois-ci en fermant les yeux et en décrivant l'événement au temps présent. De plus, suggérez-lui d'enregistrer sa narration.

1) Expliquez le rôle de l'enregistrement audio

Proposez à la victime d'enregistrer la description qu'elle fait de l'événement, qu'elle pourra écouter par la suite. L'enregistrement audio sert à maximiser l'activation de la structure de peur et à favoriser le processus d'habituation. Très souvent, les victimes affirment que le fait de s'écouter décrire l'événement traumatique est très puissant. Écouter leur voix les aide à être plus à l'écoute de leurs mots, de leurs images, à reconstruire l'événement et à digérer doucement ce qui leur est arrivé. Plusieurs mentionnent être touchées par leur ton de voix et réalisent leur dureté envers elles-mêmes ou leur amertume envers la vie. Habituellement, elles trouvent aussi la stratégie moins pénible qu'elles ne l'avaient imaginé.

2) Demandez à la victime de fermer les yeux

Si elle est d'accord, demandez à la victime de fermer les yeux pendant la description de l'événement. Ce geste permet de s'immerger davantage dans ce qui s'est passé et d'avoir des images plus claires du trauma. Soyez attentif, toutefois, à certains malaises possibles : 1) si vous êtes de sexe opposé, il est possible que la victime ne se sente pas à l'aise (surtout si vous êtes un homme et qu'il s'agit d'une victime d'agression) ; 2) si la victime a tendance

à se déconnecter, cette stratégie peut favoriser la dissociation. Dans ce cas, il est plus prudent de commencer la description en lui demandant de garder les yeux ouverts (fixer un point au sol, par exemple) afin de maximiser le contact avec la réalité.

3) Demandez-lui de décrire l'événement au temps présent

Demandez à la victime d'utiliser le temps présent lorsqu'elle décrit l'événement. Cette stratégie permet de maximiser l'exposition et l'activation de la structure de peur. Elle reprend aussi le même « encodage » que la mémoire traumatique elle-même.

4) Pendant le déroulement de la description, demandez-lui ses NAS

À divers moments de la narration, demandez à la victime de *conserver son image mentale* et d'évaluer comment elle se sent *actuellement* d'après l'échelle. Pendant ce temps, tracez la courbe d'anxiété de la victime sur une feuille de papier quadrillée.

5) Écoutez l'enregistrement audio avec la victime

Si vous le pouvez, écoutez l'enregistrement *avec* la victime avant qu'elle quitte le bureau. Celle-ci trouve souvent cette écoute très révélatrice et moins difficile qu'elle ne l'avait imaginé. C'est souvent puissant : elle s'entend raconter ce qui s'est passé de façon plus détaillée et au temps présent. Elle peut percevoir son émotion, et cela lui permet de reconsidérer sa vision de l'événement.

Tentez d'écouter l'enregistrement aussi souvent que possible au cours de la rencontre. Toutefois, prévoyez assez de temps pour écouter l'enregistrement *et* effectuer un retour sur cette écoute, et enfin un retour au calme avant la fin de la séance.

6) Prévoyez les exercices pour la semaine

Si vous avez réussi à écouter l'enregistrement ensemble *au moins deux fois*, que l'anxiété était de légère à modérée et que vous sentez la victime prête, demandez-lui d'écouter l'enregistrement cette semaine chez elle. Elle doit le faire autant de fois que nécessaire pour remplir 45 à 60 minutes, et ce, au moins quatre fois par

semaine. Donc, si la narration dure 15 minutes, la victime l'écouterait quatre fois pendant une heure. Si elle dure 25 minutes, ce sera deux fois. Elle complète sa « Grille d'auto-observation de l'exposition au souvenir du trauma » (voir en fin de chapitre) et termine par quelques minutes de détente.

Si vous n'avez pas pu écouter l'enregistrement ou que l'anxiété de la victime était trop importante, terminez doucement la séance. Il peut être opportun de la féliciter pour son courage et de lui préciser que l'anxiété est une réaction normale, qui s'amenuisera avec le temps. Concluez la rencontre en lui demandant de noter son anxiété et ses reviviscences durant la semaine, mais *ne lui demandez pas d'écouter l'enregistrement seule*. À la séance suivante, reprenez avec elle l'écoute de l'enregistrement deux ou trois fois.

12.8 Niveau 3 : étapes des séances suivantes

Après plusieurs séances au niveau 2 et lorsque la victime sent qu'elle s'habitue doucement au souvenir de l'événement traumatique, vous pouvez passer au prochain niveau de difficulté : il est puissant et permet une digestion plus forte de l'événement ainsi qu'une diminution des sentiments de honte, de culpabilité et de l'aspect « tabou » ou cauchemardesque du trauma.

1) Augmentez le contact avec les éléments sensoriels de l'événement

Demandez à la victime de décrire à nouveau l'événement en fermant les yeux et en utilisant le temps présent. Pendant la narration et de façon empathique et graduelle, posez-lui des questions afin de préciser les stimuli sensoriels (bruits, odeurs, images, pensées) impliqués dans le souvenir de l'événement. Cette stratégie précise l'image de l'événement ; elle favorise une meilleure activation de la structure de peur et une habitude plus profonde aux souvenirs traumatiques. Voici quelques exemples de questions que vous pouvez poser : « Si on arrête à ce moment précis, qu'est-ce que vous avez vu ? Décrivez-moi la position des gens à ce moment-là. Qu'est-ce que vous entendiez à cet instant ? Décrivez-moi l'odeur qui était présente. Comment l'agresseur était-il habillé ? De quelle couleur était sa chemise ? De quoi avait l'air le cadavre que vous avez dû déterrer ?

Voulez-vous me décrire cette expérience? Qu'est-ce que vous avez entendu quand la voiture a traversé l'intersection? Qu'est-ce que ça sentait dans l'usine? Qu'avez-vous pensé à ce moment? Comment avez-vous réagi? Vous souvenez-vous de ce que vous avez ressenti à ce moment? À quoi pensiez-vous spécifiquement?»

En fait, il s'agit ici d'amener la victime à verbaliser des détails qui sont déjà en mémoire et qui contribuent à sa détresse : ce chandail rouge est associé depuis à de la peur. Cette odeur provoque maintenant de la répulsion. Ces paroles la hantent toujours. Ces détails la font frémir. Lors d'un événement traumatique, le cerveau enregistre une masse d'informations : tous ces éléments pourront provoquer des symptômes envahissants, entretenir l'évitement cognitif et provoquer de la peur par la suite. Demandez à la victime « d'arrêter le déroulement de son film et de s'arrêter sur une diapositive précise ». Ensuite, demandez-lui de vous décrire en détail cette image qui est enregistrée dans sa mémoire, qu'elle redoute, mais qui la hante. L'objectif ici consiste à offrir à la victime un espace où elle peut sentir qu'elle peut tout raconter, les détails morbides, les gestes honteux, les images horribles, et que rien de ce qui s'est passé, de ce qu'elle a fait ou de ce qu'on lui a fait ne va changer notre vision positive d'elle. Rien de ce qu'elle a vécu va modifier notre attitude bienveillante, compatissante à son égard.

2) Poursuivez le récit en posant des questions et en évaluant les progrès régulièrement

Poursuivez le récit de l'événement en demandant à la victime de vous donner des détails sensoriels. Notez les moments plus difficiles en lui demandant ses NAS de temps en temps. Faites des pauses afin de doser l'anxiété si cela s'avère nécessaire. Soyez attentif à toute régression ou augmentation anormale des symptômes post-traumatiques, dépressifs ou automutilatoires. En général, si tout va bien, vous devriez observer une diminution des symptômes envahissants dans le quotidien de la victime. Elle a moins de *flash-back*, présente moins de cauchemars et peut écouter la description ou en parler sans se sentir submergée émotionnellement.

12.9 Que faire avec les victimes qui ne désirent pas parler de l'événement ?

Certaines victimes ne désirent pas vous parler de l'événement. Elles évitent d'en discuter avec leur entourage, se refusent à vous le décrire, déclinent l'exposition au souvenir du trauma. Que faire alors ?

Respectez ses résistances et soyez à l'écoute de ses craintes

Si une victime semble résistante au fait de vous parler de ce qu'elle a vécu, surtout n'insistez pas. Explorez plutôt quelles sont ses craintes. Se sent-elle mal à l'aise avec vous ? A-t-elle honte de ce qui s'est passé ? Se sent-elle coupable de ce qu'elle n'a pas fait ou des gestes qu'elle a posés lors de l'événement ? A-t-elle peur d'être submergée par la détresse si elle vous en parle ? Par la tristesse ? Par la colère ? Voit-elle le fait de parler de l'événement comme un signe de faiblesse ? Comme une façon de se plaindre inutilement ? Une façon de se complaire dans la douleur ? Se refuse-t-elle à « ressasser les cendres du passé » ? A-t-elle peur que vous la jugiez ? Que vous la trouviez dégoûtante ? A-t-elle l'impression que si elle « ouvre cette boîte de Pandore, elle va sombrer dans un gouffre dépressif sans fond dont elle ne pourra pas sortir » ? Explorez et nommez avec elle ses peurs, mais ne tentez pas de la persuader contre son gré de vous décrire l'événement. Si vous sentez une résistance, respectez-la.

Expliquez-lui pourquoi il est courant qu'on ne veuille pas parler de l'événement

Parler d'un événement traumatique est souvent très difficile : de nombreuses émotions peuvent remonter à la surface, lesquelles sont douloureuses : peur, vulnérabilité, tristesse, amertume, révolte, colère. Elles sont souvent difficiles à supporter pour la victime. Précisez-lui qu'elle a le droit de respecter son rythme et de ne pas vouloir partager cet événement. Il peut être utile aussi de positionner cette difficulté selon une perspective post-traumatique : il est tout à fait normal de ne pas avoir envie de parler du pire événement de sa vie. L'évitement fait partie du TSPT et, en ce sens, ne pas parler de l'événement est un symptôme d'évi-

tement. De plus, il importe de réaliser que l'exposition va tout à fait à l'encontre de la tendance actuelle, le *think positive*, qui abonde actuellement en psycho-pop. En effet, le message social recommande «de mettre cela derrière soi et d'avancer», «de ne pas regarder en arrière», «d'oublier ce qui nous blesse et de repartir à zéro». Toutefois, elle vise un travail plus profond et moins superficiel que ces exhortations massives à la pensée positive.

Mentionnez à la victime qu'elle ne se sentira jamais «tout à fait calme» d'en parler: il s'agit du pire événement de sa vie et il est normal qu'il soit associé à de la peur, à de l'horreur ou à de la détresse. En parler provoque souvent des émotions douloureuses, surtout si on a peu l'occasion de le faire. Ne la poussez pas à en parler sans faute, mais assurez-la de votre disponibilité et de votre soutien lorsqu'elle sentira le désir de vous raconter l'événement, de vous décrire certaines scènes horribles ou de vous faire part de ses craintes à propos d'une telle communication.

Expliquez-lui ce que cela pourrait lui faire si elle décidait d'en parler

Mentionnez à la victime que le fait de parler de ce qui lui est arrivé comporte certains avantages: cela permet une certaine digestion de l'événement traumatique. Cela peut aussi servir à mieux reconstituer l'événement, et donc à tenter d'en reprendre un certain contrôle psychologiquement, de façon à mieux se l'expliquer, à mieux le comprendre. Cela l'aiderait également à partager ce qui lui est arrivé en se sentant accueillie inconditionnellement, ce qui est très important.

S'entendre raconter ce qui a été horrible permet aussi de «décauchemardiser» le souvenir de l'événement, de faire en sorte qu'il s'ancre dans le réel en étant nommé, entendu, validé par une autre personne. Partager le souvenir de l'événement permet souvent aux victimes de se sentir moins seules, moins impuissantes et de donner un sens à un événement souvent dévastateur, imprévisible et incontrôlable. Ce partage aide aussi à défaire les dimensions «secrètes», taboues ou humiliantes de l'événement et donc à diminuer la honte de ce qui s'est produit. Par conséquent, le

souvenir de l'événement perd de son potentiel traumatique, anxigène, cauchemardesque.

Enfin, il est aussi important de mentionner à la victime que le fait de décrire l'événement pourrait cependant avoir des effets négatifs : elle peut ressentir un inconfort, de la détresse à la suite de cette description. Plusieurs remarquent que les symptômes envahissants sont plus présents dans les semaines qui suivent. Ces symptômes sont souvent temporaires, mais néanmoins inconfortables. Présenter honnêtement les avantages et les inconvénients de cette stratégie permettra à la victime de mieux saisir les enjeux de son choix et de prendre une décision éclairée.

12.10 Difficultés thérapeutiques potentielles

À la section 11.8, nous avons abordé quelques difficultés potentielles aux stratégies d'exposition *in vivo*. Celles-ci sont encore pertinentes pour l'exposition au souvenir du trauma : le thérapeute peut être lui-même résistant face aux stratégies d'exposition ; la victime n'accueille pas assez les sensations physiques et les émotions ; celle-ci peut ressentir très peu d'anxiété durant l'exposition, peut paniquer ou glisser en état dissociatif ; l'histoire d'abus ou de dépendance aux substances peut interférer négativement avec sa démarche ou elle est en période de turbulences dans son quotidien. Nous ne reviendrons pas sur ces éléments, mais nous précisons ici des obstacles spécifiques à l'exposition au souvenir du trauma. Vous trouverez aussi au chapitre 14 des conseils supplémentaires.

La narration du souvenir entraîne une détresse trop intense

La description de l'événement traumatique entraîne naturellement une montée émotionnelle. La victime pleure abondamment, se connecte à de la révolte, à de la peur, à des émotions vécues lors de l'événement et retenues depuis. Cela est généralement puissant, mais très sain. Les victimes expriment souvent combien elles se sentent libérées, combien elles n'avaient pas pu auparavant décrire cet événement à quiconque et combien elles vivaient les reviviscences du trauma dans la peur, la solitude, la honte ou la

culpabilité. Elles sont reconnaissantes de pouvoir enfin en parler, sans louvoyer, sans filtre, dans un espace relationnel bienveillant et sécuritaire. Pour certaines victimes, ces séances d'exposition sont extrêmement puissantes, libératrices et positives.

Pour d'autres, ce retour au pire événement de leur vie est bouleversant. Elles se sentent épuisées et quittent le bureau en étant vidées. Tentez de doser la description de l'événement lorsque cela se produit pour que celle-ci soit plus tolérable. Rassurez aussi beaucoup la victime et encouragez-la. Permettez-lui d'adopter un rythme plus lent et plus graduel pour que l'exposition soit moins intense, ce qui est tout à fait possible.

La description de l'événement traumatique est ponctuée de détails non pertinents

Certaines victimes ont un discours très tangentiel pendant l'exposition ou donnent beaucoup d'explications superficielles et inutiles, par exemple : « Et là, je me suis précipité vers Josée. Elle, c'est la directrice des ressources humaines. Il y a quelques années, elle avait pris le dossier syndical en main et avait bien mené les négociations. C'était un moment terrible, je me souviens, et cela avait entraîné de grosses compressions budgétaires et... », « Le feu s'est rapidement étendu, je me suis couché par terre. Il n'y avait personne d'autre que nous. C'est incroyable ! Et dire qu'il n'était que 17 heures ! J'ai toujours trouvé que tout le monde partait si vite du bureau ! D'ailleurs, j'en avais déjà parlé à Claude, qui était d'accord avec moi et qui avait dit qu'il allait porter plainte. »

Quand vous faites de l'exposition au souvenir du trauma, assurez-vous que la victime décrit en détail ce qui s'est produit à *ce moment-là*. Il faut à tout prix éviter les détails inutiles, les apartés tangentiels qui repoussent la montée émotionnelle et ne sont pas directement liés à la structure de peur. Pendant la description de l'événement, la victime doit décrire ce qui s'est passé, les faits, ses sentiments, ses pensées, les détails, les sons, les images, les actions. Elle doit éviter les explications et les anecdotes et rester collée à tout ce qui est enregistré à ce moment-là en mémoire. Si elle sent qu'elle doit vous donner des éléments d'explication pour bien vous faire comprendre le contexte, ce doit être fait avant l'exercice.

La victime trouve difficile de vous décrire l'événement directement

Dans certains cas, la victime trouve difficile de décrire l'événement verbalement, sans aucun autre support. Vous pouvez alors lui demander d'écrire la description de l'événement chez elle, dans un bureau adjacent au sein de votre clinique ou devant vous. Vérifiez ce qui est le plus difficile pour elle, ce qui peut être associé à de la honte ou à de la culpabilité. Un autre médium pourrait-il l'aider (le dessin ? la gouache ? le jeu de rôle ?) ? Certains militaires ont ainsi tenu à m'expliquer en détail la disposition des troupes ; des victimes d'inceste ont dessiné leur chambre ; des victimes d'attentats ont eu envie de créer une toile exprimant leurs émotions au moment du trauma. Cette stratégie d'exposition peut permettre d'exprimer, de raconter ce qui ne l'a jamais été. Rester collé aux besoins et aux préférences de la victime est primordial.

12.11 « Entendre le récit de l'événement traumatique me bouleverse »

Écouter une victime décrire précisément les détails morbides d'un acte de violence, d'un attentat, d'une tragédie peut être éprouvant pour le soignant. Cela peut nous dégoûter, nous horrifier, nous bouleverser. Les scènes décrites deviennent ensuite nos images, elles font partie de notre imaginaire et peuvent par la suite entraîner des symptômes post-traumatiques ou une lassitude profonde. C'est ce que l'on désigne par traumatisme vicariant, ou fatigue de compassion (Brillon, 2020 ; Figley, 2002).

Pour aider une victime, nous devons nous-mêmes être vitalisés physiquement et psychologiquement. Il ne faut pas que notre patient sente qu'il doit nous ménager ou nous épargner certains détails. Ce travail exigeant nécessite que nous prenions (bien) soin de nous (voir aussi le chapitre 5).

Je me souviens fort bien de mes premières expériences d'écoute d'expériences traumatiques. C'était pendant mon doctorat, auprès de victimes de viol récent, et je devais rencontrer chacune d'elles à deux reprises. Même si le protocole n'exigeait pas que les victimes me décrivent précisément leur agression sexuelle, certaines tenaient à le faire. Ces descriptions étaient

souvent éprouvantes et m'ont quelquefois bouleversée. J'avais remarqué que je devenais plus vigilante dans des lieux publics la nuit, plus prudente dans mes déplacements. J'étais heureuse de pouvoir entretenir des relations positives avec les hommes de ma vie, car je sentais que, sans cela, ces récits auraient pu influencer négativement ma vision de la nature humaine et des hommes en particulier. Cette expérience m'a permis de réaliser intimement que le fait d'écouter de telles expériences peut avoir un impact significatif sur nos conceptions de la vie, de notre société et des autres.

Par la suite, ma spécialisation de clinicienne post-traumatique m'a amenée à faire plusieurs constatations relatives à l'impact de l'exposition sur le thérapeute. D'abord, entendre le récit détaillé de l'événement traumatique en thérapie est assez différent de l'entendre lors d'une évaluation ponctuelle. Les évaluateurs (qui ne voient les victimes qu'une seule fois) sont souvent encore plus bouleversés par la description de l'événement que les thérapeutes qui s'occupent de la victime à plus long terme. Cela s'explique par le fait que les évaluateurs ne sont en contact avec la description de l'événement qu'une seule fois, et ce, au moment où la victime est particulièrement en détresse. Le thérapeute, pour sa part, doit écouter de façon répétée cette narration, ce qui constitue une sorte d'habituation (pour lui aussi) et lui permet de constater l'évolution (souvent positive) de la victime, renforçant ainsi son sentiment d'efficacité et d'espoir.

L'expérience aidant, cette exposition à l'horreur (mais aussi à la laideur humaine, à l'injustice sociale, à la dureté de la vie) devient plus facile à tolérer. Cela ne la banalise pas, mais c'est comme si nous pouvions davantage déceler, derrière l'adversité, les forces de la victime et les notes de dignité et d'humanité qui parviennent à faire mieux tolérer l'intolérable. Mon admiration pour ce que les victimes ont fait lors de l'événement ou ce qu'elles sont en train d'accomplir en thérapie m'aide aussi beaucoup à les accompagner quotidiennement. Plus j'accompagne des personnes lors d'expositions au souvenir du trauma, plus je mesure combien cela peut les aider, les libérer, les rendre plus indulgentes, plus flexibles cognitivement et émotivement, et à quel point cela facilite mon écoute du trauma puisque *ce n'est pas vain*.

Il reste qu'une journée de travail auprès des victimes peut être particulièrement exigeante et remplie de descriptions horribles. Cela peut facilement être épuisant et bouleversant. Lorsqu'une description nous touche plus qu'une autre, est-il opportun de le manifester à la victime ? Il arrive de toute façon que cacher notre trouble soit impossible. On ne peut, quelquefois, réprimer un frisson... Exprimer à la victime que nous sommes touchés, émus peut être un grand signe d'empathie. Cela lui reflète que nous trouvons aussi la chose horrible, injuste. Que nous croyons que cela ne devrait pas être possible. Que nous sommes révoltés que cela se soit passé. Que nous comprenons intimement ce qu'elle a vécu. Il est cependant essentiel que la victime ne sente pas qu'elle nous a ébranlés au point où elle doit nous ménager ou chercher moins de soutien auprès de nous. Nous ne devons pas lui envoyer le message qu'elle doit prendre soin de nous.

Songez, à l'extérieur du travail, à mettre en place des stratégies saines d'hygiène émotionnelle et cognitive, à établir des autosoins, à vous entourer de gens positifs, à pratiquer des activités pleines de légèreté, de rires, de silence, qui ont le don de vous réconcilier avec la vie et la nature humaine. Permettez-vous de partager ce que ce travail vous fait vivre avec des collègues ou des amis. N'oublions pas que nous sommes en contact dans nos bureaux avec la violence et l'horreur et que ces aspects de la nature humaine ne la caractérisent pas entièrement (Dieu merci !). Il est essentiel, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de notre travail, d'être à l'écoute de ce que l'humain peut faire de plus beau, de génial et de profondément généreux (Brillon, 2020).

12.12 Principales objections soulevées par les thérapeutes

Les thérapeutes non familiers avec l'approche cognitivo-comportementale ne peuvent souvent réprimer un frisson quand ils entendent la description des procédures d'exposition au souvenir du trauma. Deux principales objections sont habituellement soulevées : 1) « Cette stratégie est sadique » ; 2) « Elle est dangereuse et risque d'entraîner une régression grave ».

«C'est sadique...»

Rappelons-nous ici que nous ne demandons pas à la victime de s'exposer à quelque chose qui ne lui est pas familier ou d'imaginer des scènes horribles gratuites qu'elle ne connaît pas. Les victimes de trauma ont constamment et régulièrement des images de l'événement traumatique, et cela les bouleverse déjà. Malheureusement, la plupart du temps, elles repoussent de toutes leurs forces ces pensées. Comme nous l'avons vu, cette tendance ne fait que renforcer les symptômes envahissants et la honte de ce qui s'est passé. Les victimes peuvent passer des années à effectuer le même manège sans ressentir de digestion émotionnelle quant à ce qui s'est passé, sans ressentir d'habituation à ces images qui les hantent, sans pouvoir parler de l'événement ou y penser en ne se sentant pas submergées par l'émotion. Vivre des reviviscences de l'événement traumatique, c'est avoir des *flash-back* ou des cauchemars du pire événement de sa vie, et ce, sans répit...

Alors, que faire pour favoriser cette digestion ? Que faire pour provoquer une habituation à ces images, à ces pensées qui les hantent afin que celles-ci perdent de leur capacité à les bouleverser ? Comment favoriser une intégration émotionnelle chez une victime qui évite de penser au pire événement de sa vie mais qui fait, malgré tout, des cauchemars répétitifs et qui est dérangée par des *flash-back* à des moments inattendus ?

Pour certaines victimes, discuter en thérapie de façon non spécifique de ce qui s'est passé et de l'impact de cet événement est suffisant et efficace. Pour d'autres, ce n'est pas assez : la détresse persiste, les symptômes envahissants se maintiennent. L'exposition au souvenir du trauma permet un processus plus systématique, plus puissant et plus efficace, qui favorise la digestion du trauma ainsi qu'une remise en question des cognitions douloureuses associées à l'événement.

Il est difficile comme thérapeute d'induire momentanément un malaise chez notre patient. Nous avons choisi ce métier pour soulager... Si vous vous sentez réfractaire à ces stratégies, je vous invite à lire aussi la section 11.8 et le chapitre 14. Enfin, comment exprimer le soulagement de plusieurs de nos patients lorsqu'ils peuvent (enfin !) dormir sans être bouleversés par des cauchemars,

parler de l'événement sans se sentir très anxieux, vaquer à leurs occupations sans être submergés par la détresse causée par des *flash-back* de l'événement ?

«C'est dangereux, cela risque de provoquer une régression grave»

C'est vrai, il faut faire attention à la façon dont nous appliquons cette stratégie et nous assurer que l'exposition est appropriée aux caractéristiques de la victime. L'évaluation du risque régressif chez une victime est primordiale et devrait être effectuée en tout temps de façon *préalable* à l'exposition. En fait, plus la victime a vécu d'événements traumatiques dans sa vie (tout particulièrement de nature sexuelle et dans l'enfance) et plus elle a tendance à se dissocier au quotidien, plus il importe d'être vigilant. Par ailleurs, l'exposition est souvent délicate auprès de victimes qui possèdent une structure de personnalité plus fragile, plus régressive, plus impulsive. Mais en même temps, considérer l'exposition comme une stratégie dangereuse en tout temps ne lui rend pas justice et, surtout, empêche de profiter des bénéfices importants qu'elle procure lorsqu'elle est appropriée avec bienveillance, douceur et rigueur. Vous trouverez aux sections 11.8, 12.10 et 14.6 les contre-indications pour une telle procédure.

Grille d'auto-observation de l'exposition au souvenir du trauma

Consignes: Nous allons vous demander d'effectuer cinq séances d'exposition au souvenir du trauma pendant au moins 45 minutes chaque fois, cette semaine. Après chaque écoute de la description de l'événement («Essai»), inscrivez votre niveau d'anxiété sur une échelle de 0 (pas d'anxiété du tout) à 10 (anxiété très élevée et insupportable). Apportez cette grille lors de votre prochaine rencontre avec votre thérapeute.

Jour: _____		Jour: _____		Jour: _____		Jour: _____	
Essai	Anxiété	Essai	Anxiété	Essai	Anxiété	Essai	Anxiété
1		1		1		1	
2		2		2		2	
3		3		3		3	
4		4		4		4	
5		5		5		5	
6		6		6		6	
7		7		7		7	
8		8		8		8	
9		9		9		9	
10		10		10		10	
11		11		11		11	
12		12		12		12	
13		13		13		13	
14		14		14		14	
15		15		15		15	
Commentaires:		Commentaires:		Commentaires:		Commentaires:	
_____		_____		_____		_____	
_____		_____		_____		_____	
_____		_____		_____		_____	
_____		_____		_____		_____	

CHAPITRE 13

CONCLURE LA DÉMARCHÉ THÉRAPEUTIQUE

«Je me sens beaucoup mieux», «Il me semble que je pense moins souvent au trauma», «Je retrouve mon enthousiasme d'avant», «Mon entourage m'a dit qu'il commençait à me reconnaître», «J'ai repris mon travail et cela va bien», «Je me sens moins amère et moins en colère face à la vie», «Je me sens plus calme, plus détendu», «J'ai recommencé à aller à la banque alors que je croyais cela impossible il y a quelques mois», «Je me surprends à rire».

À la suite du traitement psychologique, l'état de votre patient s'est amélioré. Tout d'abord, les symptômes ont significativement diminué et ne correspondent plus à un diagnostic de TSPT. La victime a retrouvé un fonctionnement adéquat et qui la satisfait. Elle ne présente plus de comportements d'évitement majeurs et incapacitants. Elle se sent plus calme, est davantage capable de s'abandonner et dort mieux. Son humeur est bonne, son énergie intacte, son intérêt pour des projets ou des activités est revenu. Elle présente des façons plus souples de voir les choses et ses cognitions n'affectent plus négativement son humeur ou son mode de vie. De plus, elle peut maintenant penser à l'événement traumatique ou en parler sans se sentir submergée par la détresse ou l'émotion. Elle a l'impression que cet événement fait maintenant partie de son passé et elle se sent apte à poursuivre sa vie.

Lorsqu'une victime a atteint ce stade de fonctionnement, il est adéquat d'envisager doucement la fin du traitement psychologique.

Que faire pour bien préparer la victime à cette dernière partie de la thérapie ?

13.1 Dresser un bilan de l'impact du traumatisme sur la vie de la victime

La dernière partie de la thérapie est habituellement propice à un retour sur l'impact de l'événement sur la vie de la victime. Voyez avec elle ce que cet événement a pu lui apporter comme séquelles, mais aussi ce qu'elle a retiré de cette croissance post-traumatique et de développement de soi : « Est-il possible que cet événement ait pu, en partie, être une occasion de poussée fertile ? », « Comment puis-je, malgré tout, en sortir gagnant ? », « Qu'est-ce que je retire de cette expérience ? Quelles sont les difficultés que j'ai éprouvées ? Que dire de mon épanouissement personnel ? », « Puis-je malgré tout faire ressortir des points positifs de cette expérience ? », « Ai-je appris quelque chose de ce qui m'est arrivé ? », « Ai-je un nouveau regard sur moi, la vie ou les autres qui peut me permettre de me sentir encore mieux qu'avant ? ».

En fait, cette partie de la thérapie est très fertile si on reconsidère le rôle du trauma. Évidemment, de telles questions auraient été impensables au début de la thérapie, mais à cette étape-ci, il convient de se demander en quoi cet événement a changé notre vie, pour le meilleur et pour le pire. Il est courant d'entendre des victimes dire qu'elles ont découvert par cette expérience des forces qu'elles ne se connaissaient pas, des comportements qu'elles n'auraient jamais pensé pouvoir adopter, des réalisations thérapeutiques qui vont les aider toute leur vie, ou des remises en question de leur mode de vie passé qui les aident à se repositionner face à ce qu'elles veulent maintenant, à reconsidérer leur système de valeurs ou leur échelle de priorités.

Ce retour sur l'impact négatif, mais aussi positif du trauma leur permet de réaliser que cette expérience n'a pas été *entièrement* négative. Au bout du compte, elles peuvent faire ressortir des éléments qui les ont aussi renforcées. Ce travail thérapeutique les a amenées à préciser de nouveaux objectifs de vie (« Maintenant que je sais que la vie est si fragile, je vais oser retourner aux études pour travailler dans ce que j'aime depuis toujours »), des priorités de vie différentes

(« Mes amis et ma famille seront plus importants dorénavant ; autrefois, j'étais beaucoup trop centré sur l'argent et la performance »), le désir de revenir à l'essentiel (« J'ai envie d'un autre mode de vie, moins stressé, plus axé sur le bien-être », « J'ai envie de voir davantage mes enfants et de prendre le temps de vivre ») ou des remises en question de leur personnalité (« J'ai envie d'être moins dur avec moi et avec les autres », « Je réalise que je n'osais pas montrer mes émotions auparavant, mais à la suite de la thérapie, j'ai envie d'oser davantage me montrer comme je suis », « Je réalise que la performance et la compétition ne mènent pas à grand-chose, et j'ai envie d'un mode relationnel plus axé sur la collaboration »).

Accompagner une victime dans cette partie de la thérapie est émouvant pour un thérapeute : c'est l'aboutissement d'un long travail thérapeutique et c'est aussi le fait d'assister à l'éclosion d'une nouvelle façon de vivre chez quelqu'un qui a vécu un événement extrêmement dur. C'est pouvoir permettre à quelqu'un de considérer le trauma autrement : non plus comme un événement qui l'a abattu, mais comme un événement qui peut, aussi, représenter une occasion de grandir, de remettre en question des choses de sa vie, ses valeurs, sa spiritualité, ses priorités, ses relations, ses modes de fonctionnement. Une occasion également de prendre un temps d'arrêt pour déterminer comment on désire mener le reste de sa vie.

C'est voir quelqu'un se sortir grandi de l'adversité... et c'est admirable. La citation suivante semble tellement appropriée à cette étape : « Ce qui ne nous tue pas nous renforce. » Parvenir à être bien, ou même mieux, s'investir et croire encore à un bonheur possible est la plus grande victoire sur le traumatisme, sur la laideur, sur l'adversité de la vie et sur tous les agresseurs... De nombreux articles détaillent les processus de « croissance post-traumatique » (*post-traumatic growth*) pour désigner ce cheminement (vous trouverez des références fascinantes à ce sujet en fin d'ouvrage).

13.2 Établir un bilan des progrès thérapeutiques réalisés

Vous pouvez ensuite prendre du temps pour établir un bilan, avec votre patient, de ses progrès thérapeutiques. Pour illustrer ce

propos, demandez-lui de remplir les mêmes questionnaires que ceux que vous avez utilisés en tout début de thérapie. Cela vous permettra d'avoir des points de comparaison sur son amélioration thérapeutique de façon plus spécifique.

À ce stade, il peut être intéressant de mettre en évidence ce que votre patient est beaucoup plus capable de faire actuellement et de dresser un bilan de son cheminement. Pour ce faire, quelques questions aideront certainement la victime à réaliser davantage ses forces et habiletés acquises : « Qu'est-ce qui a le plus changé depuis que vous êtes en thérapie ? », « Comment voyez-vous votre évolution jusqu'à maintenant ? », « Comment avez-vous affronté vos difficultés depuis le trauma ? », « Qu'est-ce qui a été le plus utile dans le processus thérapeutique ? », « Selon vous, comment avez-vous réussi à passer au travers ? ».

13.3 Prévenir la rechute et préparer le maintien des acquis

L'objectif de cette étape est de préparer la victime à une rechute potentielle et de mettre en place des balises favorisant le maintien de ces gains thérapeutiques. Précisez avec elle ce qui l'a le plus aidée dans sa démarche et envisagez, toujours avec elle, quelles seraient les causes de rechute probables. Appréhende-t-elle des embûches ? Craint-elle certains événements ? Les dates anniversaires de l'événement sont habituellement une source d'anxiété et de détresse et peuvent entraîner certaines reviviscences normales et temporaires. Déterminez avec elle comment elle pourrait se préparer et faire face à de telles éventualités.

Il s'agit de mettre en garde la victime contre un retour de l'évitement comportemental ou cognitif ou des comportements d'abus d'alcool. De plus, des situations agressives ou menaçantes peuvent faire remonter certains symptômes et favoriser un retour du sentiment de vulnérabilité. Certaines « bonnes habitudes » contribuent parfois à diminuer le risque de rechute potentielle et à aider la victime : ainsi, encouragez-la à entretenir des relations sociales positives autour d'elle, à maintenir un mode de vie sain, à s'impliquer dans des activités ou des loisirs ressourçants, à relire certains textes thérapeutiques ou à poursuivre ses exercices dans le quotidien.

Il est aussi important de bien expliquer à la victime que des moments d'anxiété désagréables ou intenses sont plus que probables dans le futur, qu'ils sont tout à fait normaux et qu'ils font partie de la vie. Cette anxiété, si elle est temporaire et se résorbe, n'a pas à être perçue comme une rechute ou comme un événement pathologique. Toutefois, si elle persiste et s'aggrave, il peut être stratégique de prévoir ce qu'il convient de faire et comment les outils thérapeutiques peuvent être réappliqués. À ce sujet, demandez à la victime de dresser une liste des habiletés qu'elle a acquises durant le processus thérapeutique et qu'elle considère comme de bons outils pour affronter les difficultés éventuelles.

Afin de faciliter le maintien des acquis thérapeutiques, il est recommandé de ne prévoir les dernières séances que toutes les deux ou trois semaines et de vérifier comment se sent la victime durant ces périodes. Vous aurez ainsi l'occasion de travailler les difficultés qui ont posé problème et de consolider son autonomie. Il est aussi utile de lui demander de préciser ses objectifs à long terme et les moyens de les atteindre.

13.4 Terminer la démarche

Accompagner une victime de trauma en thérapie est une expérience significative, tant pour elle que pour vous. La fin de la démarche peut aussi être l'occasion de lui exprimer comment vous avez trouvé son cheminement, son évolution thérapeutique, ou comment vous jugez ses forces et ses ressources.

Si cela vous convient, mentionnez à la victime qu'elle peut vous joindre en tout temps si elle en sent le besoin. Précisez-lui qu'il est préférable qu'elle n'attende pas trop si elle ne se sent pas bien afin d'éviter une cristallisation des symptômes : en effet, il serait mieux qu'elle vous rencontre rapidement pour une seule séance si elle en sent le besoin plutôt que de vous contacter après plusieurs mois de détresse et qu'alors le travail thérapeutique soit profond et intense. Mentionnez-lui également que le fait de venir vous voir ponctuellement est possible et que cela ne serait pas un signe d'échec ou de rechute. Ce ne serait pas non plus le signe d'un « retour à la case départ » ou d'un échec de la thérapie. Une ou deux séances ponctuelles peuvent être tout à fait normales.

Toutefois, conseillez à la victime d'attendre quelques mois avant de songer à un retour en thérapie. Il est important, en effet, qu'elle puisse se donner le temps de digérer la fin de ce long processus et de reprendre un mode de vie plus autonome. En ce sens, précisez-lui que quelques symptômes d'anxiété ou des sentiments d'insécurité sont normaux après toute thérapie et s'espacent habituellement d'eux-mêmes après quelques jours.

QUATRIÈME PARTIE

MON PATIENT NE S'AMÉLIORE PAS: POURQUOI ET QUOI FAIRE?

CHAPITRE 14

« AU SECOURS! COMMENT SORTIR DE L'IMPASSE THÉRAPEUTIQUE ? »

« L'état de mon patient souffrant de TSPT ne s'améliore pas. Pourquoi? Que faire? » Le traitement des séquelles post-traumatiques confronte souvent de façon toute particulière le thérapeute. Le TSPT constitue l'un des troubles anxieux les plus difficiles et les plus complexes à traiter. La démarche est souvent émotive, longue et difficile pour la victime et peut provoquer des réactions d'impuissance et de découragement chez le thérapeute. De plus, le TSPT se présente rarement seul, et des troubles comorbides ou une polytraumatisation viennent souvent complexifier le traitement thérapeutique.

En raison de ces caractéristiques, le traitement d'une victime souffrant de TSPT représente un défi de taille pour le clinicien. Comment comprendre que l'état de l'un de nos patients ne s'améliore pas? Quelles peuvent être les causes potentielles? Que tenter pour sortir de cette impasse? Évidemment, il n'y a pas de recettes miracles à ces interrogations, mais vous trouverez peut-être ici quelques suggestions thérapeutiques utiles.

14.1 « Mon patient continue à se trouver dans une situation dangereuse »

J'ai régulièrement des demandes de supervision de cliniciens qui cherchent à savoir quoi faire avec certaines victimes sous leurs

soins lorsqu'elles continuent à être dans une situation objectivement dangereuse pour elles. Voici un exemple :

— Pascale, qu'est-ce que vous me conseillez pour soulager ma patiente qui souffre de stress post-traumatique ?

— Parlez-moi de votre patiente.

— Eh bien, elle a été agressée gravement par son conjoint il y a un mois et demi. Elle a dû aller à l'hôpital pour fractures et a aussi eu des points de suture. Depuis, elle fait des cauchemars et a peur de lui ; je pense qu'elle a plusieurs symptômes post-traumatiques.

— Où habite votre patiente actuellement ?

— Elle vit toujours avec lui...

Il est important de réaliser que le travail post-traumatique ne peut s'effectuer que *lorsque la personne est en situation POST-traumatique*, c'est-à-dire que le trauma est *derrière* elle. On ne peut pas travailler sur le plan post-traumatique si la victime est toujours dans une situation traumatisante... Aucune stratégie visant à favoriser la digestion du trauma ne pourra être appropriée puisque la victime continue à être objectivement en danger.

Par conséquent, il est nécessaire d'envisager d'abord de mettre la personne en sécurité. Bien sûr, il est impossible d'assurer à 100% la sécurité de quelqu'un, mais il est essentiel, avant tout travail thérapeutique, de favoriser un sentiment de confiance et de calme chez la personne, d'apaiser ses inquiétudes et ses insécurités quant à son intégrité physique, mais surtout, d'évaluer les risques réels de retraumatisation chez notre patient. Si nous reprenons l'exemple précédent, des stratégies comme l'intervention de crise pour madame et monsieur, l'intervention quant à la dynamique de couple, la résolution de problème, la maximisation de ses capacités adaptatives, le retour au calme, et même, si nécessaire, le retrait sous protection judiciaire, devront être mis en place *préalablement* à tout plan de traitement post-traumatique.

Comme mentionné précédemment, il est impossible de s'assurer que la victime est en situation de sécurité absolue. Toutefois, il est important que tout ce qui peut être mis en place le soit. Le reste ne peut être contrôlé et il nous faudra accepter, nous et

notre patient, que certains éléments sont hors de notre contrôle. Ainsi, pensons à des femmes qui savent que leur ex-conjoint violent vient de sortir de prison ou des victimes de bandes criminalisées qui savent être sur la liste des prochains règlements de compte. Le risque d'une agression ou de représailles est réel. Peut-on travailler les symptômes post-traumatiques découlant d'agressions antérieures dans ces cas-là? Oui, mais seulement si un travail visant à maximiser la sécurité de la victime est *d'abord* effectué, qu'elle se sent plus apaisée et qu'elle perçoit que le trauma est *derrière* elle.

14.2 « Mon patient souffre de dépression comorbide au TSPT »

Les données épidémiologiques sont éloquentes : près de 50% des victimes souffrant de TSPT souffrent aussi de dépression majeure. Et cela représente bien ce que nous voyons en clinique. Certaines personnes victimes de trauma sont particulièrement tristes, apathiques ; elles remettent leur vie en question, sentent un profond bouleversement de leurs valeurs. Or, la tristesse, la difficulté de concentration, l'apathie, le manque d'intérêt et d'énergie concomitants aux symptômes dépressifs compromettent souvent la démarche thérapeutique. De plus, les symptômes dépressifs et l'isolement agissent négativement sur la relation de la personne avec son réseau social, ce qui peut aggraver le TSPT.

Lorsqu'une dépression majeure est comorbide au TSPT, il importe de se *concentrer d'abord sur le traitement de la dépression*. Si cela n'est pas fait, de toute façon, notre patient pourrait ne pas pouvoir profiter de la thérapie post-traumatique : son apathie, son manque d'intérêt l'empêchent de s'investir, de profiter des stratégies offertes. Ses visions négatives de la vie et de lui-même pourraient aggraver le risque suicidaire post-traumatique : son apathie, son manque d'intérêt l'empêchent de profiter des stratégies offertes (voir la section 2.4).

Identifiez, nommez et travaillez intensément les cognitions associées à la dépression. Les stratégies cognitives sont de puissants outils, qui peuvent contribuer de façon significative à la réduction des symptômes dépressifs.

Contrez l'isolement et la spirale descendante à l'aide d'une grille d'activités quotidiennes. Il s'agit de la partie comportementale du traitement de la dépression. L'objectif ici consiste à contrer le cercle vicieux qui maintient la dépression : tristesse et manque d'intérêt qui provoquent l'isolement, isolement entraînant à son tour un manque de stimuli et un retrait du réseau social, absence de stimulation et de valorisation renforçant à son tour les symptômes dépressifs. Utilisez une grille d'activités quotidiennes afin de favoriser une reprise de certaines activités autrefois plaisantes : des sorties hors de la maison, des contacts avec des membres de l'entourage, etc. (Voir aussi la section 9.8.)

Favorisez un bon soutien social. Parallèlement à ces stratégies, tentez de pousser la victime à élargir et à vitaliser son soutien social. Offrez-lui des textes décrivant les symptômes dépressifs et post-traumatiques qu'elle pourra donner à son entourage afin que celui-ci comprenne mieux sa réalité. Il est aussi possible d'inviter les membres de la famille à une séance de thérapie afin d'effectuer une amorce de psychopédagogie sur les réactions normales à la suite d'un trauma, les symptômes de dépression, les taux de comorbidité avec le TSPT, le travail thérapeutique, les modes sains de communication, etc. L'objectif ici est de diminuer les stressors susceptibles d'aggraver l'état de la victime (critiques, pression, blâme, isolement, etc.), de donner du courage à son entourage et de l'impliquer positivement dans le rétablissement de l'être cher.

Envisagez sérieusement la prise d'antidépresseurs. Dans certains cas de dépression majeure, la pharmacothérapie doit être envisagée. Les ISRS sont actuellement les médicaments de choix pour une comorbidité avec TSPT (Brillon et Savard, 2002). Il va sans dire qu'une évaluation de l'antidépresseur approprié doit être effectuée par un médecin spécialiste pour chaque victime spécifiquement. Une médication ne guérit pas le TSPT, mais les antidépresseurs aident souvent à diminuer les symptômes physiques de la dépression : la victime se sent moins triste, moins épuisée, moins apathique, elle dort mieux, elle présente moins d'idées morbides, elle est plus réceptive à son entourage et à la thérapie (voir les références à ce sujet en fin d'ouvrage).

14.3 « Mon patient présente de graves symptômes de dépendance »

La dépendance à l'alcool touche près de 52% des hommes et 28% des femmes souffrant de TSPT. De plus, 35% des hommes et 27% des femmes souffrant de TSPT montrent aussi une dépendance aux substances (voir les travaux de Kessler; résumé de Ross et Belleville, 2019). Cette comorbidité affecte négativement la digestion émotionnelle de l'événement traumatique. En effet, l'alcool ou la drogue sont utilisés pour diminuer les symptômes d'anxiété, pour se déconnecter de la réalité, pour oublier des souvenirs douloureux ou pour atteindre un état de mieux-être. Cela renforce la structure de peur, maintient de façon significative l'évitement par renforcement négatif et cristallise les symptômes post-traumatiques. Cela entretient de plus la dépendance, car aucune autre solution n'est adoptée pour gérer l'anxiété. Cette dépendance entraîne des stress supplémentaires: problèmes financiers importants, relations interpersonnelles gravement hypothéquées, isolement social, absentéisme au travail, etc.

Traitez le problème de dépendance d'abord. Le processus d'intégration émotionnelle du trauma ne peut s'effectuer si des comportements de dépendance et d'abus de substance sont envahissants. En effet, ces comportements visent l'évitement des émotions associées au traumatisme qui l'engourdissent de celles-ci, ce qui va à l'encontre de la démarche thérapeutique. Dans de tels cas, une décision s'impose: 1) si le problème semble mineur et est consécutif à l'événement perturbateur, nous pouvons envisager de travailler cette dépendance comme un mécanisme d'évitement post-traumatique; 2) si le problème semble plus chronique et correspond à un mode permanent de gestion des difficultés, une cure fermée dans un centre spécialisé devra être considérée.

Effectuez de la psychopédagogie sur les processus d'évitement et de renforcement négatif liés au TSPT. Pour tenter de contrer ce processus, expliquez à la personne la fonction sous-jacente de sa consommation et les mécanismes qui la maintiennent dans le temps: vivre un événement traumatique, c'est souvent éprouver de fortes reviviscences et des sensations anxieuses et dérangementes par la suite. Ces symptômes n'ont rien d'agréable et certaines personnes tenteront

d'éviter les images de l'événement, mais aussi d'être en contact avec cette anxiété, cette impression de vulnérabilité ou la honte et la culpabilité. La consommation abusive d'alcool ou de drogue est souvent utilisée pour éviter ces sensations. Cette consommation sera ainsi maintenue dans le temps par mécanisme de renforcement négatif parce qu'elle est soulageante. Or, cet évitement va garder intacte la structure de peur post-traumatique... Pour tenter de contrer ce processus, il est important d'expliquer à la victime la fonction sous-jacente de sa consommation et les mécanismes qui la renforcent.

Favorisez une expression émotionnelle saine. À la suite de cette psychopédagogie, tentez de favoriser une saine expression émotionnelle chez la victime. L'alcool ou la drogue sont utilisés pour contrer la sensation désagréable liée à une émotion douloureuse qui n'est pas reconnue, nommée, acceptée ni exprimée. Pour ce faire, il est essentiel d'identifier et de restructurer les cognitions qui bloquent ce processus. Plusieurs victimes entretiennent des cognitions qui contribuent à leur crainte de prendre conscience de leur détresse ou de la partager (« Si j'exprime ce que je vis, je vais avoir l'air ridicule, faible, vulnérable et on va profiter de moi », « Être en contact avec mes émotions est dangereux, je risque de perdre le contrôle à jamais », « Personne ne peut me comprendre », « Je ne devrais pas me sentir ainsi, c'est ridicule, c'est signe de faiblesse », etc.). Après avoir identifié et restructuré ces cognitions, il s'agira de permettre doucement à la victime d'exprimer par des mots ou de l'affect son anxiété et sa détresse.

Améliorez la tolérance à l'inconfort physique. Plusieurs victimes craignent les sensations d'anxiété et utilisent l'alcool ou la drogue pour les engourdir (« Je suis en train de devenir fou », « Si je continue à être aussi anxieux, je vais perdre le contrôle ou faire une crise cardiaque », « L'anxiété est tellement forte que, si je ne l'arrête pas, elle va continuer à monter jusqu'à un seuil mortel », « Je cherche à me geler », « Je n'ai pas envie de me sentir ou de penser », etc.). Il importe de bien expliquer que l'anxiété est peut-être une expérience inconfortable, douloureuse, désagréable, mais qu'elle n'est en aucun cas dangereuse. De plus, cette anxiété vise le bien-être de l'individu en tentant de le préparer à mieux répondre à un

danger perçu. Parallèlement à ces stratégies de psychopédagogie, des stratégies de gestion du stress (relaxation musculaire progressive, respiration diaphragmatique) peuvent faciliter la tolérance aux symptômes d'anxiété et permettre à la victime de mieux les supporter sans chercher à les engourdir par la consommation.

Envisagez une cure de désintoxication. Certains comportements de dépendance et d'abus sont quelquefois si sévères, et ce, depuis tellement longtemps qu'un traitement réaliste pour contrer ces habitudes ne peut s'effectuer que dans un cadre rigoureux et spécialisé. C'est là qu'on peut faire appel aux centres de désintoxication, qui proposent des séjours de trois à cinq semaines. Durant ce temps, la victime est prise en charge par une équipe multidisciplinaire spécialisée, qui supervise son évolution physique quant au sevrage et son évolution psychologique quant à l'acceptation et à la compréhension de ses comportements de dépendance. Après ce séjour, la victime continuera, la plupart du temps, à être suivie à intervalles réguliers par l'établissement afin de consolider les acquis du traitement. À ce moment, elle sera probablement prête à poursuivre un traitement axé spécifiquement sur ses symptômes post-traumatiques avec vous.

14.4 « Mon patient souffre d'un vécu traumatique multiple ou d'un grave trouble de personnalité »

La présence d'un vécu traumatique de type II, c'est-à-dire répétitif et débuté à l'enfance, ou d'un trouble de personnalité chez une victime constitue un défi supplémentaire pour le thérapeute. Ces facteurs aggravants peuvent complexifier la démarche et mener la thérapie à une impasse. La littérature scientifique s'est penchée sur l'influence de ce type de vécu ou la présence de trouble de personnalité sur le profil symptomatique des victimes et sur les stratégies particulières qu'il convient d'adopter dans ces cas-là.

La victime a vécu de multiples traumatismes ou de graves traumatismes sexuels dans l'enfance. Une victime polytraumatisée peut constituer un défi, car il est parfois difficile de déterminer quel est le traumatisme sur lequel l'exposition ou la démarche devra être ciblée. De plus, certaines de ces victimes ont développé de grandes

tendances dissociatives au fil des ans afin de s'adapter émotionnellement à l'horreur et à l'impuissance de leurs multiples traumatismes. Par conséquent, il est important d'évaluer leurs capacités à tolérer l'anxiété inhérente au processus d'exposition et leurs tendances régressives. Des stratégies pointues pour évaluer le TSPT-Complexe doivent être mises en place (CIM-11 ; Maercker et Perkonig, 2018).

La victime souffre de troubles psychologiques sévères (troubles de personnalité sévères du groupe B, trouble bipolaire non contrôlé, tendances psychotiques, etc.). L'association entre le trouble de personnalité limite (*borderline*) et le TSPT est depuis longtemps un sujet à controverse. Plusieurs théoriciens ont considéré ce trouble comme la manifestation adulte d'un TSPT complexe développé à un jeune âge consécutivement à des traumatismes sexuels. Pour d'autres, il s'agit d'un trouble de personnalité indépendant caractérisé par des comportements impulsifs, des tendances dissociatives, des difficultés sur le plan de l'identité, une fragilité face au rejet ou à l'abandon, des gestes de colère ou impulsifs et une grande instabilité émotionnelle. Certaines études nous indiquent que les victimes présentant un trouble de personnalité limite souffrent de symptômes post-traumatiques plus sévères (Shea *et al.*, 2000). D'autres études montrent qu'un diagnostic de personnalité limite est associé à davantage d'expériences traumatiques, particulièrement des traumatismes sexuels dans l'enfance (Heffernan et Cloitre, 2000 ; Yen *et al.*, 2002). Les victimes souffrant de TSPT et de personnalité limite semblent répondre moins bien au traitement classique (Feeney, Zoellner et Foa, 2002 ; Heffernan et Cloitre, 2000) et de nombreux ouvrages ont été spécifiquement consacrés à cette problématique (voir les travaux fascinants de Linehan ; Page ; McCann et Perlmann ; Courtois).

D'autres études se sont penchées sur la comorbidité entre le TSPT et le trouble de la personnalité narcissique. Certains auteurs arrivent à la conclusion que ce trouble peut exacerber le TSPT et augmenter la vulnérabilité au trauma. Il est certain qu'une telle structure de personnalité aura tendance à réagir très fortement à toute perception de blessure narcissique au sein du trauma. Cette

blessure (et la rage narcissique qui l'accompagne dans bien des cas) complexifie le traitement et entraîne une impasse thérapeutique si elle n'est pas directement prise en considération. Les victimes ont tendance à se sentir personnellement visées par le traumatisme, le destin ou la fatalité. Elles perçoivent l'événement comme une insulte personnelle, qui mérite punition et réparation. La colère, un sentiment intense d'humiliation, des fantasmes de vengeance, des ruminations amères, de l'évitement pour protéger un soi grandiose sont constamment présents et peuvent être confondus avec des symptômes post-traumatiques. Il est très important alors de distinguer les symptômes narcissiques qui font suite à un trauma des symptômes post-traumatiques comme tels (à ce propos, voir Simon, 2002). En effet, les stratégies thérapeutiques appropriées seront complètement différentes selon cette évaluation (travail de la blessure narcissique ou plutôt symptômes post-traumatiques).

Les stratégies d'exposition sont vraiment efficaces : de très nombreuses études ont démontré leur impact significatif sur les symptômes post-traumatiques. Toutefois, nous savons que dans des mains *bien intentionnées mais inexpérimentées* (hiérarchie trop rapide, objectifs de traitement irréalistes, mauvaise évaluation des facteurs d'évitement, méconnaissance des processus de distraction ou de neutralisation, mauvaise adaptation de rythme de la victime, méconnaissance des processus de dissociation), ces stratégies peuvent nuire plus qu'aider...

Avant d'entreprendre de telles stratégies, il s'avère nécessaire d'évaluer les possibles contre-indications (voir les sections 11.8 et 12.10). Ainsi, si la présence d'un autre trouble anxieux a habituellement peu d'impact sur le traitement, d'autres troubles comorbides peuvent complètement modifier certaines stratégies. À ce sujet, les guides de consensus d'experts (Ballenger *et al.*, 2000 ; Cloitre *et al.*, 2012) proposent certaines balises : ainsi, lorsque le trouble comorbide est une dépression majeure ou un trouble bipolaire, les stratégies de restructuration cognitive sont les plus indiquées afin de diminuer d'abord la symptomatologie dépressive. Toutefois, lorsqu'il y a présence d'abus et de dépendance à l'alcool, les stratégies de gestion de l'anxiété sont plus adaptées et recommandées.

Enfin, dans les cas de troubles de la personnalité sévères (plus particulièrement du *groupe B*), les stratégies cognitives sont les plus appropriées et il est même recommandé de laisser de côté les stratégies d'exposition et de cibler d'abord l'amélioration du fonctionnement général quotidien de la victime. En effet, si celle-ci est très fragile, si vous la sentez trop à fleur de peau, bouleversée par son anxiété, capable d'impulsivité, ou si elle a tendance à ne pas se ressentir émotivement et qu'elle utilise des mécanismes de protection primaires comme la dissociation ou l'automutilation, il est préférable de se concentrer sur la stabilisation de son fonctionnement quotidien : favoriser des stratégies de gestion du stress, de résolution de problème, afin de l'aider à mieux gérer son quotidien. Travailler le traumatisme passe alors *après* une stabilisation de son fonctionnement. Il est alors préférable de privilégier des stratégies qui la renforceront dans l'action, son sentiment de contrôle et de maîtrise plutôt que d'entreprendre celles qui favoriseront une montée d'anxiété plus passive et entraîneront des symptômes plus régressifs.

14.5 « Mon patient est très réticent à faire les exercices proposés »

Votre patient annule ou manque souvent ses rendez-vous, ne lit pas les textes que vous lui proposez et effectue peu les exercices conseillés (ou vous avez l'impression qu'il les « sabote »). En entrevue, il s'oppose à votre compréhension de ses symptômes et au travail thérapeutique. Vous constatez une stagnation des symptômes post-traumatiques et vous ne comprenez pas pourquoi... Quelles pourraient être les raisons sous-jacentes à cette réticence ?

Cette résistance peut découler des symptômes post-traumatiques. Nous pouvons perdre de vue à quel point l'évitement est central au diagnostic de TSPT. Sans évitement, pas de TSPT, ce qui revient à dire que si la victime n'évitait pas, elle ne consulterait pas. Il est donc tout à fait normal qu'elle évite pendant le processus thérapeutique et il est important de le concevoir d'abord sous cet aspect : il s'agit de symptômes post-traumatiques. N'oublions pas que ce que nous demandons à la victime est très difficile pour elle et est lié au pire événement de sa vie... Elle va naturellement tout faire pour s'éloigner de ce qui pourrait lui rappeler cet événement. Lire à propos

du TSPT, noter ses pensées, faire des exercices d'exposition, écrire le déroulement de l'événement sont des stratégies que nous savons efficaces, mais qui peuvent sembler insurmontables à la victime. Il est souvent opportun de concevoir sa résistance selon cette optique afin de trouver les mots, les stratégies et le rythme qui lui conviennent.

La victime ne comprend pas vraiment les raisons sous-jacentes de ce que vous lui proposez. Elle peut ne pas comprendre pourquoi vous lui demandez de travailler ainsi tel aspect de sa symptomatologie. N'oublions pas qu'elle est souvent bombardée de conseils qui sont parfois contradictoires avec ce que nous lui proposons... Ainsi, son entourage peut lui suggérer fortement de ne plus penser à l'événement, de «laisser ça dans le passé», de «penser de façon positive», ce qui peut semer la confusion chez elle. N'oublions pas non plus que nous sommes très à l'aise avec un environnement/une conception/un langage psychologique et que ce monde n'est pas toujours accessible à tous. Assurez-vous que ce que vous tenez pour acquis (par exemple, la relation entre les pensées, les émotions et les comportements, le rôle des émotions, l'influence des expériences passées sur le fonctionnement actuel, les caractéristiques des traits de personnalité) est bien compris par la victime et qu'elle partage votre vision des choses. Dans le doute, reprenez le rationnel avec elle et vérifiez si elle partage votre opinion à ce sujet.

La victime a peur des conséquences de ce que vous lui proposez comme exercice. Certaines victimes craignent l'impact des exercices que vous leur proposez : « Mon thérapeute me propose des exercices qui me semblent dangereux », « Je crains de redevenir dépressive et de ne jamais pouvoir m'en remettre par la suite », « Et si je perdais le contrôle totalement et que je devenais fou ? », « Qu'est-ce qui me garantit que cela ne va pas empirer mon état ? Maintenant, je sais comment je suis, je n'ai aucune garantie de la façon dont je me sentirai après ce qu'il me propose ». N'oublions pas que la victime a le droit de connaître les risques et les inconvénients potentiels attachés à un exercice et qu'elle peut vous demander légitimement les données qui appuient vos suggestions. Le thérapeute ne doit pas hésiter à lui communiquer les éléments qui lui font penser que telle stratégie pourrait être

bonne pour elle et à lui faire part des inconvénients d'une stratégie et des options envisageables. Enfin, si cela vous semble opportun, reprenez la psychopédagogie avec elle et explorez ses craintes et ses conceptions face à l'anxiété, à la dépression, à la dissociation, à la folie et au manque de contrôle.

L'entourage de la victime influence négativement son implication thérapeutique. L'attitude de l'entourage de la victime peut diminuer sa motivation envers le traitement et sa compréhension des stratégies que vous lui proposez. Dans une telle situation, nous nous devons d'explorer les résistances et les préjugés de l'entourage. Il est souvent utile de comprendre les croyances religieuses (« Dieu nous ordonne de pardonner à nos agresseurs, je ne veux plus me sentir en colère », « Il faut oublier le passé et les choses négatives qui arrivent ») ou les conceptions ésotériques (« Son esprit risque de me poursuivre si je continue à penser à lui », « Je suis maudit, un sort me hantera jusqu'à ma mort », « Je dois payer pour une faute commise par mes ancêtres et il n'y a rien que je puisse faire ») qui peuvent influencer la victime et compromettre son implication thérapeutique. Certaines croyances ne peuvent qu'être profondément respectées, et les stratégies devront être modifiées ou complètement mises de côté si elles entrent en contradiction de façon importante avec celles-ci. Sinon, il sera utile de donner un texte à la victime expliquant notre rationnel thérapeutique, texte qu'elle pourrait faire lire à son entourage pour diminuer ses craintes. Ou alors, prévoyez une séance en présence de la famille ou du conjoint dans le but de connaître leurs résistances, leurs conceptions et d'adapter le traitement en conséquence.

14.6 Que faire quand la victime semble profiter de gains secondaires en raison de son état post-traumatique ?

Cette hypothèse doit être la dernière à être envisagée... Malheureusement, elle est souvent la première considérée par les thérapeutes qui constatent que leur patient ne s'améliore pas. Or, comme nous l'avons vu depuis le début de ce chapitre, plusieurs autres raisons peuvent expliquer une stagnation des symptômes post-traumatiques. Si, après une analyse honnête et la plus

complète possible, vous concluez qu'effectivement la victime profite de son état actuel et que ce gain l'empêche de travailler à diminuer ses symptômes actuels, vous devrez surmonter cette difficulté, car elle contrecarrera vos efforts thérapeutiques. Une minorité de victimes peuvent trouver «avantageux» (consciemment ou non) de ne pas travailler, de recevoir certaines compensations financières d'organismes payeurs, d'avoir un rôle de «victime» dans la famille, d'être prises en charge par leur conjoint, etc. Or, elles ne réalisent souvent pas combien ce «gain» leur coûte cher en matière d'autonomie, de qualité de vie, de développement personnel et d'actualisation professionnelle. Continuer à profiter de ce gain signifie continuer à souffrir de symptômes post-traumatiques, d'évitement, de dépendance, et cela entraîne nécessairement aussi de la détresse, de la souffrance et, surtout, une stagnation importante.

Pour le bien même de la victime et non seulement pour le succès thérapeutique, nous nous devons de tenter de contrecarrer cette tendance autodestructrice et de l'amener à s'en rendre compte. Pour y parvenir, il est utile d'abord de nommer cette stagnation des symptômes dans le processus thérapeutique. Ensuite, la victime peut être incitée à préciser quels sont les facteurs qui, selon elle, expliquent cette stagnation et à échanger à ce sujet avec vous. Nommez surtout des facteurs *externes* comme potentiellement responsables. En effet, évoquer des facteurs internes du genre «manque de motivation», «besoin de rester ainsi, car cela vous profite financièrement», «paresse», etc., provoque généralement une levée majeure des défenses de la victime et détruit l'alliance thérapeutique. Seules de rares victimes parviennent à identifier et à admettre des facteurs internes («J'ai trop peur», «Je n'ai pas envie de retourner à mon mode de fonctionnement antérieur», «Enfin, j'ai l'impression que j'ai mon dû, j'ai beaucoup pris soin des autres dans ma vie, maintenant c'est à eux de prendre soin de moi», «De toute façon, je ne crois pas que je peux m'améliorer, je suis foutu»), qui peuvent être une source de travail thérapeutique. La majorité (surtout les victimes qui reçoivent des compensations financières) n'effectueront pas ce travail et accuseront l'inefficacité de la thérapie, considéreront

leurs symptômes comme trop importants pour être modifiés ou envisageront des séquelles permanentes chroniques. Mettre en doute leur courage, leur motivation ou leur persévérance et supposer qu'elles puissent retirer des gains de leur état nuit souvent à la relation thérapeutique. Cela renforce (sinon aggrave) les symptômes post-traumatiques et, donc, l'impasse thérapeutique.

On se doit donc d'envisager surtout des facteurs *externes* comme potentiellement responsables. Ils permettent de maintenir la relation intacte et de vous positionner *avec la victime contre un ennemi externe commun*. Ce mode de fonctionnement ou de résistance est souvent une façon instinctive de réagir à la souffrance, mais d'une façon inadéquate, autodestructrice, qui contribue au maintien des symptômes et de la détresse à long terme. Il est beaucoup plus constructif de mettre en évidence ce que vous considérez comme un «ennemi commun», soit l'installation d'une spirale descendante, d'un «cercle vicieux post-traumatique» ou d'un «facteur de maintien grave» qui est en train de s'installer, dont il faut se méfier et contre lequel il faut même se défendre, car sinon il nous mène vers un mode de vie dépendant, non valorisant, une chronicisation des comportements d'évitement ou une apathie. Il est beaucoup plus stratégique de les désigner comme des facteurs de maintien que comme des gains secondaires, de la mauvaise volonté ou des résistances qui impliquent que «dans le fond, la victime ne veut pas s'améliorer». Ces «ennemis» sont des éléments parasites qui se greffent aux symptômes post-traumatiques, qui empêchent le processus de récupération et minent la bonne volonté du patient.

Il peut être aussi utile d'identifier avec la victime les «faux amis», c'est-à-dire les éléments qui procurent un soulagement à court terme plutôt qu'une récupération à long terme (évitement, apathie, alcool, drogue, dépendance, sarcasme, etc.). En fait, votre intervention doit viser à mobiliser le patient *avec* vous et non *contre* vous. Ces stratégies permettent souvent de lui faire réaliser que ces «faux amis» ne l'aident pas et que vous avez des visées beaucoup plus positives et saines pour lui.

Il est ensuite opportun de mettre en évidence les conséquences négatives personnelles de ces facteurs (ils maintiennent les symptômes, minent la qualité de vie, entraînent l'isolement, entre-

tiennent un état de dépendance confortable mais insatisfaisant à long terme, nuisent à une saine actualisation personnelle, détruisent l'atmosphère familiale ou conjugale, etc.). L'objectif consiste ici à souligner que vous croyez dans le potentiel sain de la victime, qui désire s'actualiser et se développer et qui est actuellement sous tutelle de cette autre force stagnante, pessimiste, autodestructrice à long terme. Assurez-la que vous pouvez (avec son aide) contrer ces facteurs et que vous êtes prêt à adapter le traitement en ce sens.

Si, malgré ce qui précède et tous vos efforts, vous sentez que cela ne suffit pas à mobiliser la victime vers son rétablissement, il ne vous reste plus beaucoup de choix thérapeutiques... En fait, avant de vous démobiliser vous-même, essayez d'adopter une *position thérapeutique « basse »*, c'est-à-dire une position thérapeutique où vous nommez les difficultés, la stagnation de la victime avec résignation et abandonnez (en apparence) vos comportements actifs de prise en charge et de mobilisation. Cette stratégie très spécialisée et avancée demande beaucoup de maîtrise de la part du thérapeute : elle exige que nous mentionnions à la victime la puissance de ces facteurs incompatibles avec l'amélioration thérapeutique, que nous lui transmettions notre impression qu'il n'y a peut-être plus grand-chose à faire et que nous ne pouvons que constater avec désolation son état actuel, qui peut-être ne s'améliorera pas, tout en montrant que nous en sommes profondément affligés. Cette stratégie vise à envoyer le message à la victime que vous ne pouvez être seul à assumer le traitement, que vous ne pouvez l'aider que si elle le décide intimement, profondément. Cette position ne vous liguera pas l'un contre l'autre et permettra peut-être à la victime de sentir qu'elle ne peut désertier le bateau alors que quelqu'un à l'intérieur tente de sauver son voyage et est prêt à travailler avec elle pour l'aider à se rétablir. Cette position est très difficile et délicate à établir. Ou bien elle ne change rien, ou bien elle constitue une confrontation majeure, mais très fertile pour la victime qui peut soudainement réaliser que son thérapeute ne peut plus continuer à travailler pour deux pour son propre bien. On assiste quelquefois à des mobilisations majeures après avoir adopté cette position qui est particulièrement appropriée aux personnalités passives-agressives ou narcissiques.

14.7 Quand le retour au travail est difficile à organiser et à concevoir...

Plusieurs thérapeutes se demandent s'ils doivent favoriser un retour *au même travail* pour la victime ou si celle-ci devrait plutôt faire le deuil de son ancien emploi et en trouver un complètement nouveau. D'autres se demandent quelles sont les modalités qui permettent de faciliter et de maximiser la réussite du retour au travail.

La question du retour au *même* travail ou à un *autre* n'est pas facile à trancher avec des victimes de traumatisme, surtout si le trauma s'est produit sur les lieux du travail. Les encourager à reprendre le même emploi est-il trop difficile? Est-ce de la complaisance envers l'évitement que de les orienter vers un autre? En fait, il est souvent plus profitable pour la victime que le traitement soit d'abord orienté vers un retour au *même travail* qu'auparavant. À cause de ses symptômes post-traumatiques, la victime a automatiquement tendance à éviter le retour à un même emploi. Ses symptômes post-traumatiques sont tellement puissants qu'ils interfèrent avec son désir, son goût, son intérêt pour cet emploi, et ce, surtout si le trauma est lié à son travail. Il peut être plus profitable de lui mentionner que vous allez d'abord travailler à diminuer les symptômes post-traumatiques et qu'ensuite vous tenterez un retour au *même* emploi: si la victime veut quitter son emploi, elle le pourra *après* avoir tenté de le reprendre. Ainsi, même si elle le quitte par la suite, elle saura qu'elle *peut* le faire, mais qu'elle ne *veut* plus le faire. Cela sera alors une question de *choix* et non pas d'*incapacité*. La nuance quant à l'estime de soi et au sentiment d'efficacité est de taille et mérite qu'on favorise un tel retour, même si celui-ci est temporaire. Éviter à tout prix que la victime reprenne le même emploi favorise souvent par la suite le doute sur ses capacités («Aurais-je pu retourner?», «Serai-je encore capable?», «J'aimais tellement ce travail, l'ai-je laissé par peur ou par véritable désintérêt?») et le maintien de la peur et de l'évitement.

Cela dit, il peut arriver que certaines circonstances imposent automatiquement un changement d'emploi. Pensons, par exemple, à ces caissières de banque qui en sont à leur douzième vol à main armée et dont la sécurité au travail n'est toujours pas acquise ou à

ces militaires ou ces policiers dont le travail implique nécessairement une proximité avec de la violence. Dans ces cas où le milieu de travail ne peut assurer la sécurité des employés, il est au contraire *thérapeutique* de ne pas rendre possible une autre traumatisation chez la victime et de la réaffecter à un autre poste.

Il peut également arriver que la victime démontre une sensibilité extrême au stress et que cette sensibilité constitue un danger pour elle ou pour les autres. Ainsi, elle pourrait rester très nerveuse au quotidien, ne plus être capable de résoudre des problèmes, de gérer des conflits relationnels, d'occuper un poste de direction, de soutenir de lourdes responsabilités ou de mener plusieurs dossiers de front.

Déterminer le moment du retour au travail constitue aussi un aspect délicat du processus thérapeutique. Il est souvent essentiel de ne pas le prévoir *trop tôt*, ce qui provoquerait une rechute et une aggravation des symptômes, mais pas *trop tard* non plus, ce qui pourrait entraîner une complaisance dans l'évitement. C'est un des moments où la collaboration entre le thérapeute et le médecin traitant est cruciale et particulièrement utile à la victime.

Dans tous les cas de retour, que ce soit dans le même emploi ou dans un autre, certaines modalités s'appliquent. Il est souvent plus facile de prévoir un retour au travail progressif, d'abord à 2 jours par semaine (jours non consécutifs) pendant 2-3 semaines, puis, *si tout va bien*, à 3 jours non consécutifs pendant 2-3 semaines, ensuite à 4 jours (lundi-mardi et jeudi-vendredi) pendant 2-3 semaines avant de recommencer de façon complète, à 5 jours. Le retour au travail est souvent difficile pour la victime dans les premières semaines, et il est d'autant plus important de bien le répartir. Il est plus profitable et rentable à long terme de le répartir de façon graduelle (quitte à allonger certaines étapes de retour, par exemple maintenir ou allonger l'étape de 3 jours-semaine) que de le précipiter et ainsi de provoquer une rechute. Évidemment, si le trauma est lié au travail, il aura été nécessaire que des stratégies d'exposition aux lieux du travail aient été effectuées *avant* tout retour systématique. Il faut s'attendre à ce que les premières semaines soient plus difficiles pour la victime ; on doit observer une habitude à ces conditions de retour et une diminution de

la fatigue et du stress avant de passer à une augmentation des heures de travail.

14.8 « Cette impasse pourrait-elle être due à des facteurs qui m'appartiennent ? »

Vous avez tenté de comprendre le maintien des symptômes post-traumatiques en identifiant les causes potentielles liées à la victime. Avez-vous aussi envisagé que *vous* pourriez peut-être contribuer, sans le vouloir, à ce maintien ?

Le thérapeute ne possède pas assez d'expérience

Travailler avec des personnes souffrant de TSPT est un défi professionnel important : le TSPT et le TOC sont parmi les troubles anxieux les plus difficiles et complexes à traiter et mènent souvent à des régressions psychologiques et à des détériorations symptomatiques importantes chez les patients. Il est important que le thérapeute connaisse et ait déjà mené à bien des thérapies avec des personnes souffrant d'autres types de troubles anxieux *avant* de commencer une démarche non supervisée avec une victime souffrant de TSPT. De plus, il est essentiel qu'il ait reçu une bonne formation en relation d'aide : conduire une démarche demande une bonne connaissance des processus psychologiques sous-jacents et ne peut être pris à la légère. Un thérapeute qui n'est pas un professionnel de la santé mentale et qui ne possède pas assez d'expérience du traitement du TSPT peut nuire à l'état de son patient et l'aggraver.

Le danger du traitement cognitivo-comportemental, c'est qu'il a l'air simple, facile, à la portée de tous, sous prétexte qu'il est plus systématisé et plus défini. Or, rien n'est plus faux. Trop souvent, nous observons des personnes qui ont suivi une formation de trois heures en thérapie cognitivo-comportementale et qui se désignent comme des spécialistes capables de traiter toutes les problématiques psychologiques, dont le TSPT. Il s'agit là d'une attitude qui peut être dangereuse.

Parce qu'il s'agit d'une approche d'intervention à court terme, certains cliniciens croient que la thérapie cognitivo-comportementale peut aussi être maîtrisée à court terme... Les

interventions administrées par de tels professionnels peuvent induire plus de mal que s'ils n'avaient rien fait du tout.

Accompagner une personne victime de traumatisme et *prendre en charge celle-ci afin de traiter ses symptômes post-traumatiques* sont deux réalités qui exigent des habiletés thérapeutiques et un niveau de compétence bien différents. Prendre en charge une personne souffrant de TSPT ne consiste pas seulement à « diminuer l'évitement comportemental » à l'aide de « techniques » rapides ; cela signifie aussi nécessairement prendre en considération les traits de la personnalité sous-jacents, la fragilité de la victime, ses traumas antérieurs, ses conceptions de la vie et des autres, ses tendances régressives et dissociatives. Cela exige des habiletés relationnelles, professionnelles qui ne s'apprennent pas en trois heures... Ces habiletés doivent s'implanter dans un champ de connaissances spécialisées de la psyché humaine, ce qui exige donc une spécialisation en santé mentale et une rigueur absolue.

La relation thérapeutique est pauvre

La qualité de la relation thérapeutique est non seulement importante, mais également *essentielle* au travail avec des victimes souffrant de TSPT. En effet, les victimes sont déjà ébranlées, éprouvées, trahies dans leur rapport aux autres et au monde, et ce, plus particulièrement si elles ont vécu un traumatisme interpersonnel. Elles se montrent souvent incertaines ou honteuses face à leur démarche, méfiantes à notre endroit et à l'égard de la psychothérapie, et craintives face à une trahison ou à un abus potentiel. Elles sont en état d'hypervigilance et donc en état d'alerte, peu enclines à l'abandon et à la confiance. Gagner cette confiance est non seulement essentiel à la poursuite de la démarche et à son succès, mais thérapeutique en soi puisque cela constitue un élément réparateur d'une conception négative de la nature humaine. C'est reconstruire dans la douceur un bris de confiance en les autres et dans la vie. C'est permettre à la victime de ressentir qu'elle est pleinement acceptée inconditionnellement dans son expérience.

Il est important de réaliser que certaines stratégies thérapeutiques exigent beaucoup de la part de nos patients et qu'ils auront besoin de ressentir authentiquement notre accueil inconditionnel,

notre bienveillance, notre implication thérapeutique, notre confiance en leur résilience et en leur cheminement, pour s'engager à fond dans leur démarche.

Le thérapeute présente des difficultés avec ses sensations physiques et ses émotions

Le TSPT est souvent le plus émotif des troubles anxieux. La victime est parfois très expressive et en détresse profonde ou elle est détachée, méfiante, sur ses gardes, vous percevant comme intrusif. La relation du thérapeute avec les émotions de la victime *et* avec les siennes est essentielle.

Avec la victime, il est important de favoriser un climat thérapeutique empreint d'acceptation, de bienveillance et de permettre l'accueil des sensations physiques et des émotions (voir le chapitre 8). Pour ce faire, il importe d'être nous-mêmes à l'aise avec nos propres émotions.

Demandez-vous si vous êtes à l'aise avec l'expression des émotions... Êtes-vous capable de les identifier et de les nommer? Êtes-vous à l'aise lorsque la victime pleure abondamment en thérapie? Comment réagissez-vous au contact de quelqu'un qui est révolté ou amer? Vous sentez-vous bouleversé, dérangé, dégoûté par le trauma de la victime? Êtes-vous en «fatigue de compassion» «trauma vicariant»? Craignez-vous les stratégies d'exposition? Recherchez-vous des stratégies alternatives, car vous tentez d'éviter le contact avec ce que le trauma représente?

Travailler avec des victimes est exigeant: ménégez-vous dans le quotidien, aménagez votre charge de travail afin qu'elle ne soit pas trop lourde et prévoyez des mécanismes de ventilation des émotions avec des collègues ou des amis pour exprimer et partager ce que ce travail vous fait vivre. Demandez-vous aussi s'il s'agit d'une patientèle avec laquelle vous aimez travailler ou d'une patientèle qui exige trop de vous. N'oubliez pas que nous ne pouvons pas être efficaces et à l'aise avec tous les types de pathologies et que certaines plus que d'autres nous bousculent trop pour que nous continuions de les soigner. C'est normal et c'est légitime. Tentez de mieux connaître vos limites et de les respecter. Êtes-vous plus à l'aise dans un mode plus cognitif? Plus analytique? Plus

concret? Trouvez-vous ce côté émotif dérangeant? Écouter des descriptions de traumatismes vous bouleverse-t-il? Avez-vous tendance à devenir plus distant dans ces cas-là? N'hésitez pas à vous respecter, à utiliser des stratégies de saine hygiène émotionnelle avant, pendant et après vos séances thérapeutiques (voir Brillon, 2020) et à refuser des patients qui sont incompatibles avec ce que vous êtes ou ce que vous pouvez faire.

Le thérapeute a un mauvais ajustement de rythme

La victime se sent bousculée, elle a l'impression qu'elle doit elle-même mettre les freins pour se protéger, elle démontre de la résistance. Vous avez l'impression qu'elle n'avance pas, vous êtes insatisfait de l'évolution de la thérapie, vous remettez en question votre efficacité. Une tension est présente entre vous et empêche les acquis thérapeutiques.

Vous trouvez-vous trop lent? Vous obligez-vous à suivre un échéancier ou un plan de traitement préétabli? Vous sentez-vous inefficace? Trouvez-vous cette personne dérangeante? Exaspérante? Confrontante? Tous ces éléments peuvent faire en sorte que nous ayons besoin que la victime progresse, s'améliore, se «sente mieux» pour obtenir un sentiment d'efficacité ou de compétence. Cela constitue un danger: nous sommes davantage préoccupés par le résultat («Il faut qu'elle soit guérie rapidement») que par le le rythme tout personnel de l'autre et l'unicité de sa démarche. Méfions-nous de nos exigences et de nos échéanciers personnels souvent liés à notre ego: les patients souffrant de TSPT présentent des symptômes incapacitants et réfractaires au processus thérapeutique ou qui, à tout le moins, peuvent prendre plusieurs mois à se résorber. Attendre des résultats significatifs trop rapides entraîne de la frustration et de l'exaspération, et des écarts de rythme nuisibles entre le thérapeute et son patient.

Demandez à la personne comment elle se sent dans le processus thérapeutique. A-t-elle l'impression de progresser? Se sent-elle vue, entendue, accueillie, validée? Peut-elle elle-même donner un rythme au processus ou se sent-elle à la merci du vôtre? Tentez de comprendre sa vision des choses et assurez-vous que vous êtes, tous deux, sur une même longueur d'onde, synchronisée, bienveillante et constructive.

14.9. D'autres stratégies pourraient-elles être envisagées ?

Cet ouvrage a présenté des stratégies validées et démontrées comme efficaces empiriquement et reconnues par les plus grandes instances cliniques scientifiques (American Psychological Association [APA; 2017]); International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS, 2018]; National Institute for Health and Care Excellence [NICE, 2018]; U.S. Department of Veterans Affairs [VA/DoD; 2017]). Cependant, il n'a pas la prétention d'avoir présenté toute l'étendue des traitements développés et disponibles dans la littérature scientifique, considérant surtout les incroyables avancées des dernières années. Bien que, pour certaines stratégies, des données manquent encore afin de les considérer définitivement comme efficaces et approuvées (peu d'essais randomisés avec des échantillons importants) et que des devis expérimentaux comportent encore des limites importantes (peu d'études avec groupes contrôles ou en double-aveugle lors d'essais impliquant l'usage d'un psychotrope, peu de mesures d'efficacité à long terme), terminons tout de même cet ouvrage en citant des stratégies novatrices très prometteuses. Cette brève recension, bien que non exhaustive, se veut un aperçu inspirant du domaine thérapeutique post-traumatique actuel.

La **thérapie de la désensibilisation et du retraitement par les mouvements oculaires** (EMDR – *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Cette stratégie développée il y a de nombreuses années par la très célèbre Dr^e Shapiro et son équipe est maintenant incontournable pour traiter les personnes souffrant de TSPT. L'efficacité thérapeutique de l'EMDR tout comme celle de la TCC-Trauma ont été démontrées à de nombreuses reprises, et ces deux méthodes sont recommandées par toutes les instances cliniques scientifiques nommées précédemment (voir, entre autres, les travaux de Jongh *et al.*, 2019; Oren *et al.*, 2012; Hase, 2021).

Le **Rescripting** (IR – *Imagery Rescripting*) (voir les travaux de Smucker *et al.*, 1995; Holmes *et al.*, 2007) et la **thérapie d'exposition à la narration** (NET – *Narrative Exposure Therapy*) (voir les travaux de Schauer *et al.*; de Neuner; Crumlish & O'Rourke, 2010;

Robjant & Fazel, 2010). Ce sont aussi des thérapies en plein essor et prometteuses. Lors de l'IR, le patient s'engage dans une exposition en imagination qui est immédiatement suivie d'une transcription. Pendant la transcription, et à la différence de l'exposition au souvenir du trauma présentée au sein de cet ouvrage, il est encouragé à imaginer l'expérience du traumatisme tout en développant une imagerie de maîtrise (par exemple, en s'imaginant comme un adulte entrant dans la pièce pendant le traumatisme et sauvant l'enfant vulnérable). Quant à la NET, elle s'est d'abord adressée spécifiquement aux survivants de conflits et de violences organisées, et comme le récit s'appuie sur une tradition orale de narration présente dans de nombreuses cultures, cela contribue à faire de la NET une thérapie culturellement adaptable. L'une des principales différences théoriques entre l'exposition au souvenir du trauma et la NET est l'accent mis par cette dernière sur la création d'un récit cohérent de la vie du client, de la naissance à aujourd'hui, afin d'intégrer le souvenir traumatique dans le contexte de la vie de l'individu dans son ensemble. De la même façon, la NET utilise le passé (et non le présent) et inclut souvent de nombreux souvenirs traumatiques, en intégrant le contexte politique et social associé. Le récit couvre ainsi toute l'étendue de la vie, et un objet (souvent une corde) marqué par d'autres objets (p. ex. des bâtons ou des pierres) est utilisé afin de représenter cette ligne de vie et ces événements importants.

La méthode Brunet, dite **thérapie de la reconsolidation**, s'appuie sur les plus récentes découvertes sur le stockage des souvenirs en neurosciences. Il s'agit d'une thérapie brève, chimio-assistée, validée empiriquement (Brunet *et al.*, 2008, 2018; Pigeon *et al.*, 2022). Elle part du constat que le symptôme émane du souvenir et que diminuer la force de ce souvenir serait donc thérapeutique. Dès lors, la MBTR consiste à repenser brièvement à un mauvais souvenir (ici, le trauma) sous propranolol. Elle s'inspire de la théorie de la reconsolidation (Przybylski et Sara, 1997). Selon cette théorie, la nouveauté (*mismatch*) ramène un souvenir consolidé dans la mémoire à long terme (un peu comme le disque dur d'un ordinateur) vers la mémoire de travail (la mémoire vive) afin d'être mis à jour, puis sauvegardé de nouveau

(d'où le terme *reconsolidation*). Le propranolol, un bloqueur de la reconsolidation, interfère avec cette sauvegarde. La résultante est un souvenir dégradé : la mémoire épisodique de l'événement reste intacte, mais la force évocatrice du souvenir semble affaiblie de façon permanente (Brunet *et al.*, 2018).

Le traitement des cauchemars par méthode de **révision et répétition par imagerie mentale (RRIM, ou IRT – Imagery Rehearsal Therapy)** (voir les travaux de Krakow ; Ait Aoudia) cible spécifiquement ce symptôme particulier et souvent réfractaire. En effet, pendant de nombreuses années, les cliniciens ont pensé que traiter les symptômes post-traumatiques allait nécessairement diminuer les cauchemars. Or, nous savons maintenant qu'il n'en est rien et que ces réactions peuvent se cristalliser pendant de nombreuses années de façon indépendante, aggraver l'insomnie, la consommation de substances ainsi que les risques suicidaires. Des stratégies spécifiques à la diminution des cauchemars sont donc nécessaires. La RRIM consiste à modifier le scénario du cauchemar en changeant les parties difficiles, douloureuses, horribles de celui-ci par des éléments positifs qui augmentent le sentiment de maîtrise de la victime, puis à favoriser une exposition à ce nouveau scénario. Le clinicien avisé pourra utiliser la version française traduite par Ait-Aoudia pour bien évaluer les difficultés de sommeil et préparer la RRIM. Des données ont montré sa grande efficacité à diminuer la fréquence et l'intensité des cauchemars post-traumatiques (voir aussi les travaux de Belleville *et al.*, 2010 ; Casement et Swanson, 2012 et d'autres références en fin d'ouvrage).

La **thérapie assistée par MDMA** (Mitchell *et al.*, 2021 ; Mithoefer, 2017). Cette thérapie pique de plus en plus notre curiosité et a fait l'objet de développements enthousiastes, et ce, en particulier grâce à MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, 2023), une association américaine qui milite pour l'utilisation des psychotropes en contexte médical depuis les dernières décennies. Molécules prohibées et illégales depuis les années 1980, ces psychostimulants dérivés des amphétamines redonnent des espoirs importants en raison de leurs propriétés uniques qui pourraient potentialiser les stratégies thérapeutiques en augmentant la tolérance aux pensées et aux émotions en lien

avec des souvenirs difficiles, en maximisant le sentiment de connexion avec le thérapeute et en permettant de revisiter le traumatisme sous un jour plus spirituel grâce à une perception sensorielle accrue, une plus grande extraversion, un sentiment de bien-être élevé et un intense sentiment de connexion, de bienveillance et d'acceptation (travaux de Bershad ; Mithoefer ; Nardou ; Feduccia et tous collègues). La thérapie assistée par MDMA comprend des séances étalées sur 8 à 12 semaines avec des séances préparatoires, 2 à 3 séances sous MDMA qui durent environ 8 heures sous supervision de deux thérapeutes dans un environnement contrôlé et souvent filmé (présence d'un lit, cache-yeux, musique). Enfin, des séances intégratives sont offertes entre les séances de thérapie assistée. L'approche thérapeutique est centrée sur le patient et de nature non directive dans une vision d'« *inner healing intelligence* ». La première étude de la phase 3 (2018 à 2020) est la publication la plus récente (Mitchell *et al.*, 2021).

Les **thérapies pour victimes de blessures morales** émergent enfin. Des données auprès des militaires ont montré que plusieurs gestes posés dans le cadre de leur mission pouvaient troubler profondément (Fontana et Rosenheck, 1999 ; Maguen *et al.*, 2010). La thérapie *Impact of Killing* (Maguen et Burkman, 2013) a été destinée aux militaires qui manifestent une détresse en lien avec le fait d'avoir dû tuer d'autres personnes en théâtre opérationnel. Elle cible spécifiquement les blessures morales, la honte et la stigmatisation liées au fait d'avoir posé un geste à l'encontre de ses valeurs. Des données d'efficacité sont prometteuses (Maguen *et al.*, 2017 ; Purcell *et al.*, 2018) et indiquent que cette thérapie est adaptable à d'autres professionnels comme les policiers, les travailleurs humanitaires ou tout soignant ayant posé des gestes contraires à leurs convictions, assisté à des événements injustes, été témoins impuissants d'actes de trahison ou considérés inappropriés dans le cadre de leurs fonctions. Conséquemment, de nouveaux protocoles ont été développés afin de traiter spécifiquement l'expérience d'événements blessants moralement afin de diminuer la détresse post-traumatique consécutive (voir les travaux de Dewar ; Currier *et al.*, 2021 ; Smigelsky *et al.*, 2022 ; Buhagar *et al.*, 2021, et d'autres références en fin d'ouvrage).

Références classiques, inspirantes, incontournables

CHAPITRE 1 — LE TRAUMA EN QUELQUES DONNÉES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd. revue). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2015). *DSM-5- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- BONANNO, G. A. et MANCINI, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(1), 74.
- BRESLAU, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence and Abuse*, 10(3), 198-210.
- BRESLAU, N. et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- BRESLAU, N. et DAVIS, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.
- BRESLAU, N., DAVIS, G. C., PETERSON, E. L. et SCHULTZ, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- BRESLAU, N. et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- BRILLON, P. et al. (2021). Psychological Distress of Mental Health Workers During the COVID-19 Pandemic: A Comparison with the General Population in High and Low-Incidence Regions. *Journal of Clinical Psychology*, 1-20.
- BRILLON, P., MARCHAND, A. et STEPHENSON, R. (1999). Influence of cognitive factors on sexual assault recovery: Descriptive review and methodological concerns. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28(1), 1-19.
- BRILLON, P. et MARCHAND, A. (1997). Survivre à une agression sexuelle: Symptomatologie post-traumatique et dépressive. *Revue québécoise de psychologie*, 18(3), 125-146.
- BRYANT, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of PTSD: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(2), 233-239.

- BRYANT, R., Nickerson, A. *et al.* (2015). Trajectory of PTSD following traumatic injury: 6-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 206, 417-423.
- BRYANT, R. A. et HARVEY, A. G. (2003). Gender differences in the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 226-229.
- CHAPMAN, C. *et al.* (2012). Remission from PTSD in the general population. *Psychological Medicine*, 42, 1695-1703.
- DEWAR, M., PARADIS, A. et BRILLON, P. (2023). Morally injurious events among aid workers: Examining the indirect effect of negative cognitions and self-care in associations with mental health indicators. *Frontiers in Psychology*, 14, 1171629.
- DEWAR, M., PARADIS, A. et BRILLON, P. (2023, sous presse). Posttraumatic Stress Symptom Profiles of Aid Workers: Identifying Risk and Protective Factors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- FOA, E. B. et RIGGS, D. S. (1995). PTSD following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions*, 4, 61-65.
- GODBOUT, N. *et al.* (2019). Intimate Partner Violence in Male Survivors of Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 99-113.
- GODBOUT, N., CANIVET, C., BEAUMANN, M. et BRASSARD, A. (2019). Hommes victimes d'agressions sexuelles, une réalité parfois oubliée... Dans J.-M. DESLAURIERS, M. LAFRANCE et G. TREMBLAY (dir.), *Réalités masculines oubliées*. Presses de l'Université Laval.
- KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M. et NELSON, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- KESSLER, R. C. *et al.* (2017). Trauma and PTSD in the World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 2-16.
- KILPATRICK, D. G. *et al.* (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547.
- LÉPINE, O., Brillon, P. et Lebel, S. (2023, sous presse). Interpersonal trauma in gay men: A systematic review of post-aggression risk and protective factors for PTSD. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*.
- NORRIS, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.
- RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., DANSKY, B. S., SAUNDERS, B. E. et BEST, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.
- ROTHBAUM, B. O., FOA, E. B., RIGGS, D. S., MURDOCK, T. et WALSH, W. (1992). A prospective examination of PTSD in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- SHALEV, A. Y., BONNE, O. et SPENCER, E. (1996). Treatment of PTSD: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- VAN AMERINGEN, M., MANCINI, C., PATTERSON, B. et BOYLE, H. B. (2008). PTSD in Canada. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 14, 171-181.

CHAPITRE 2 — LE DIAGNOSTIC DE TSPT

- ALLGULANDER, C. (1994). Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 51, 708-712.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd. revue). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015). *DSM-5- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- BECKER, J. V., SKINNER, L. J., ABEL, G. G., AXELROD, R. et CICHON, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 5-20.
- BERGER, D. M. (1977). The survivor syndrome: a problem of nosology and treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 31(2), 238-251.
- BRESLAU, N. et DAVIS, G. C. (1992). PTSD in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.
- BRIOLE, G., LEBIGOT, F., LAFONT, B., FAVRE, J.-D. et VALLET, D. (1994). *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir*. Paris: Masson.
- BURGESS, A. W. et HOLMSTROM, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- EITINGER, L. (1965). Concentration camp survivors in Norway and Israel. *Israel Journal of Medical Sciences*, 1(5), 883-895.
- FREEMAN, T. W., ROCA, V. et MOORE, W. M. (2000). A comparison of chronic combat-related posttraumatic stress disorder (PTSD) patients with and without a history of suicide attempt. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(7), 460-463.
- GRADUS, J. L. (2017). PTSD and Death from Suicide. *PTSD Research Quarterly*, 28(4), 1-8.
- GREENBERG, L. S. et PAIVIO, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- GRINKER, R. R. et SPIEGEL, J. P. (1945). *War neurosis*. Philadelphia: Blakiston.
- GRINKER, R. R. et SPIEGEL, J. P. (1943). *War neurosis in North Africa. The tunisian campaign (January-May 1943)*. New York: Josiah Macy Foundation.
- HELZER, J. E., ROBINS, L. N. et MCEVOY, L. (1987). PTSD in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- HENDIN, H. (2020). PTSD and risk for suicide in combat veterans. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, 269.
- HERMAN, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books/Harper Collins.
- HOROWITZ, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2^e éd.). New York: Jason Aronson.
- KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M. et NELSON, C. B. (1995). PTSD in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- KESSLER, R. et al. (2017). Trauma and PTSD in the World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 2-16.
- KILPATRICK, D. G., RESICK, P. et VERONEN, L. J. (1981). Effects of a rape experience: A longitudinal study. *Journal of Social Issues*, 37, 1051-1062.
- KOTLER, M., IANCU, I., EFRONI, R. et AMIR, M. (2001). Anger, impulsivity, social support and suicide risk in patients with PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 162-167.
- LINDEMANN, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(9), 141-148.
- MOTT, F. W. (1919). *War neuroses and shell shock*. London: Oxford University Press.
- MYERS, C. S. (1940). *Shell-shock in France: 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.

- NADELSON, C., NOTMAN, M., ZACKSON, H. et GORNICK, J. (1982). A followup study of rape victims. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1266-1270.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1992). *CIM-10 Classification internationale des maladies*, chapitre V(F): Troubles mentaux et Troubles du comportement. Paris: Masson.
- PIETRZAK, R. H., GOLDSTEIN, R. B., SOUTHWICK, S. M. et GRANT, B. F. (2012). Prevalence and Axis I Comorbidity of Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456-465.
- RADO, S. (1942). Pathodynamics and treatment of traumatic war neurosis (traumatophobia). *Psychosomatic Medicine*, 42, 363-368.
- SAREEN, J. et al. (2007). Physical and mental comorbidity, disability and suicidal behavior associated with PTSD in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*, 69, 242-248.
- SMAIL, P., STOCKWELL, T., CANTER, S. et HODGSON, R. (1984). Alcohol dependence and phobic states: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 53-57.
- SOUTHARD, E. E. (1919). *Shell shock and neuropsychiatric problems*. Boston: Leonard.
- SZADOCZKY, E., VITRAI, J., RIHMER, Z. et FUEREDI, J. (2000). Suicide attempts in the Hungarian adult population: Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *European Psychiatry*, 15(6), 343-347.
- THOMPSON et al. (1999). Partner abuse and PTSD as risk factor for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 59-72.
- VAN AMERINGEN, M., MANCINI, C., PATTERSON, B. et BOYLE, H. B. (2008). PTSD in Canada. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 14, 171-181.
- WEISAETH, L. (2014). The History of psychological trauma. Dans M. J. FRIEDMAN, T. M. KEANE et P. A. RESICK (dir.). *Handbook of PTSD: Science and Practice* (2^e éd., p. 38-59). New York: Guilford.

CHAPITRE 3 — BIEN CONCEPTUALISER LE TSPT

- BRILLON, P., MARCHAND, A. et STEPHENSON, R. (1996). Conceptualisations étiologiques du Trouble de Stress Post-Traumatique: Description et analyse critique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 1(1), 1-13.
- EHLERS, A. et CLARK, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- FOA, E. B., STEKETEE, G. et ROTHBAUM, B. O. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of PTSD. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- GUAY, S., BILLETTE, V. et MARCHAND, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique: Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 165-184.
- GUAY, S., BILLETTE, V. et MARCHAND, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
- HOROWITZ, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2^e éd.). New York: Jason Aronson.
- HOROWITZ, M., WILNER, N. et ALVAREZ, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- JOSEPH, S. A., WILLIAMS, R. et YULE, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544.
- KEANE, T. M., FAIRBANK, J. A., CADDELL, J. M., ZIMMERING, R. T. et BENDER, M. E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating PTSD in Vietnam veterans. Dans C. R. FIGLEY (dir.), *Trauma and its wake: The study and treatment of PTSD*. New York: Brunner Mazel.

- KEANE, T. M., ZIMERING, R. T. et CADDELL, J. M. (1985). A behavioral formulation of PTSD in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- KILPATRICK, D. G., SAUNDERS, B., AMICK-MCMULLAN, A. E., BEST, C. L., VERONEN, L. J. et RESNICK, H. (1989). Victim and crime factors associated with the development of PTSD. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- KILPATRICK, D. G., VERONEN, L. J. et BEST, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. Dans C. R. FIGLEY (dir.), *Trauma and its wake: The study and treatment of PTSD*. New York: Brunner Mazel.
- MOWRER, O. H. (1960). *Learning theory and Behavior*. New York: Wiley.
- WEINER, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- WEINER, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer Verlag.
- WEISS, D. S. et MARMAR, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. Dans J. P. WILSON et T. M. KEANE (dir.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (p. 399-411). New York: Guilford Press.
- WONG, P. T. P. et WEINER, B. (1981). When people ask «why» questions and the heuristics of attributional research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 650-663.

CHAPITRE 4 — COMPRENDRE LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉTRESSE POST-TRAUMATIQUE

- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P. et TEASDALE, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-94.
- ANDREWS, B., BREWINS, C. R., ROSE, S. et KIRK, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crimes: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69-73.
- ANDREWS, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(2), 277-285.
- BARTONE, P. T. (2000). *Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War*. Dans J. M. VIOLANTI, D. PATON et C. DUNNING (dir.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (p. 115-133). Springfield: Charles Thomas.
- BERNAT, J. A., RONFELDT, H. M., CALHOUN, K. S. et ARIAS, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of post-traumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 645-664.
- BINET, É., OUELLET, M. C., LEBEL, J., BÉKÉS, V., MORIN, C. M. et BELLEVILLE, G. (2022). Gender differences in usage and subjective appreciation of an online cognitive behavioral therapy for wildfire evacuees: descriptive study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(22), 6649.
- BREWIN, C. R., ANDREWS, B. et VALENTINE, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for PTSD in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- BREWIN, C. R., MACCARTHY, B. et FURNHAM, A. (1989). Social support in the face of adversity: The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality*, 23, 354-372.
- BRICKMAN, J. et BRIÈRE, J. (1984). Incidence of rape and sexual assault in an urban Canadian population. *International Journal of Women Studies*, 7(3), 195-206.
- BRILLON, P. (1998). *Contenus cognitifs de femmes ayant subi une agression sexuelle: Identification et relation avec la symptomatologie post-traumatique*. Thèse de doctorat. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.

- BRILLON, P. (2023). *Se relever d'un traumatisme : Réapprendre à vivre et à faire confiance. Guide à l'intention des victimes*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- BRYANT, R. A. et HARVEY, A. G. (2003). Gender differences in the relationship between acute stress disorder and PTSD following motor vehicle accidents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 226-229.
- CRASKE, M. G. (2003). Why more women than men? Dans M. G. CRASKE (dir.), *Origins of Phobias and Anxiety Disorders* (chap. 8, p. 175-203). Elsevier Science
- FIVUSH, R., BROTMAN, M. A., BUCKNER, J. P. et GOODMAN, S. H. (2000). Gender Differences in Parent-Child Emotion Narratives. *Sex Roles*, 42(3), 233-253.
- FOA, E. B., ZINGARG, R. et OLASOV-ROTHBAUM, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in PTSD: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- GARBARINO, J. (1993). Challenges we face in understanding children and war: A personal essay. *Child Abuse and Neglect*, 17(6), 787-793.
- GLOVER, H. (1984). Survival guilt and the Vietnam veteran. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 393-397.
- GREEN, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7(3), 341-362.
- HANSON, R. K. (1990). The psychological impact of sexual assault on women and children: A review. *Annals of Sex Research*, 3, 187-232.
- HENNING, K. R. et FRUEH, B. C. (1997). Combat guilt and its relationship to PTSD symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 53(8), 801-808.
- JANOFF-BULMAN, R. et FRIEZE, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.
- JANOFF-BULMAN, R. et WORTMAN, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the «real world»: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-353.
- JANOFF-BULMAN, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- JAYCOX, L. H., MARSHALL, G. N. et ORLANDO, M. (2003). Predictors of acute distress among young adults injured by community violence. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 237-245.
- JOSEPH, S. A., WILLIAMS, R. et YULE, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544.
- KILPATRICK, D. G., SAUNDERS, B., AMICK-MCMULLAN, A. E., BEST, C. L., VERONEN, L. J. et RESNICK, H. (1989). Victim and crime factors associated with the development of PTSD. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- KRAUSE, E., ROTH, S. et DEROSA, R. R. (2001). Gender, trauma themes and post-traumatic stress: Narratives of male and female survivors. Dans *Gender issues in PTSD treatment: Focus on cognitive processing*. Symposium donné au 17^e Congrès de l'International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans, États-Unis, du 6 au 9 décembre.
- KUBANY, E. S. et MANKE, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27-61.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., METZLER, T. J., DELUCCHI, K. L., BEST, S. R. et WENTWORTH, K. A. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 15-22.
- MARTIN, A. et MARCHAND, A. (2003). Prediction of posttraumatic stress disorder: Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among French-speaking university students. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(2), 49-63.

- MIKULINCER, M. et SOLOMON, Z. (1988). Attributional style and combat-related PTSD. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 308-313.
- MIKULINCER, M. et SOLOMON, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related PTSD. *European Journal of Personality, 3*(4), 269-284.
- OZER, E. J., BEST, S. R., LIPSEY, T. L. et WEISS, D. S. (2003). Predictors of PTSD and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52-73.
- PEIRCE, J. M., NEWTON, T. L., BUCKLEY, T. C. et KEANE, T. (2002). Gender and psychophysiology of PTSD. *Gender and PTSD, 177-204*.
- PERLOFF, L. S. (1983). Perceptions of vulnerability to victimisation. *Journal of Social Issues, 39*(2), 41-61.
- PITMAN, R., ALTMAN, B. et MACKLIN, M. (1989). Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry, 146*, 667-669.
- RESICK, P. A., CHURCHILL, M. et FALSETTI, S. A. (1990, octobre). *Assessment of cognitions in trauma victims: A pilot study*. Présenté à la 6^e rencontre annuelle de la Society for Traumatic Stress Studies. New Orleans, LA.
- RESNICK, H. S. (1997). Acute panic reactions among rape victims: implications for prevention of post-rape psychopathology. *National Center for PTSD Clinical Quarterly, 7*(3), 41, 43-45.
- ROTH, S. H. et NEWMAN, E. (1992). The role of helplessness in the recovery process for sexual trauma survivors. *Canadian Journal of Behavioural Science, 24*(2), 220-232.
- RUCH, L. O. et CHANDLER, S. (1983). Sexual assault trauma during the acute phase: An exploratory model and multivariate analysis. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(2), 174-185.
- STREET, A. E. et DARDIS, C. M. (2018). Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 66*, 97-105.
- TUCKER, P. M., DICKSON, W. L., PFEFFERBAUM, B., MCDONALD, N. B. et ALLEN, G. (1997). Traumatic reactions as predictors of posttraumatic stress six months after the Oklahoma City bombing. *Psychiatric Services, 48*(9), 1191-1194.
- WEAVER, T. L. et CLUM, G. A. (1995). Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review, 15*(2), 115-140.
- WEINSTEIN, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 806-820.
- ZAKIN, G., SOLOMON, Z. et NERIA, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long-term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences, 34*, 819-829.

CHAPITRE 5 — PARTICULARITÉS DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE AUPRÈS DES PERSONNES VICTIMES

- BAIRD, K. et KRACEN, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly, 19*, 181-188.
- BERGER, W. et al. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(6), 1001-1011.
- BRIA, M., BABAN, A. et DUMITRASCU, D. L. (2012). Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal, 16*(3), 423-452.
- BRILLON, P. (2020). *Entretenir ma vitalité d'aidant: Guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle*. Montréal: Éditions de l'Homme.

- BRILLON, P., DEWAR, M., PARADIS, A. et PHILIPPE, F. (2023). Association Between Self-Care Practices and Psychological Adjustment of Mental Health Professionals: A Two-Wave Cross-Lagged Analysis. *Anxiety, Stress and Coping*.
- BRILLON, P., PHILIPPE, F. L., PARADIS, A., GEOFFROY, M.-C., ORRI, M., OUELLET-MORIN, I. (2021). Psychological Distress of Mental Health Workers During the COVID-19 Pandemic: A Comparison with the General Population in High and Low-Incidence Regions. *Journal of Clinical Psychology*, 1-20.
- CUARTERO, M. E. et CAMPOS-VIDAL, J. F. (2019). Self-care behaviours and their relationship with Satisfaction and Compassion Fatigue levels among social workers. *Social Work in Health Care*, 58, 274-290.
- DEWAR, M., PARADIS, A. et BRILLON, P. (2023). Morally injurious events among aid workers: Examining the indirect effect of negative cognitions and self-care in associations with mental health indicators. *Frontiers in Psychology*, 14,1171629.
- DEWAR, M., PARADIS, A. et BRILLON, P. (2023, sous presse). Posttraumatic Stress Symptom Profiles of Aid Workers: Identifying Risk and Protective Factors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*.
- DRESCHER, K. D., FOY, D. W., KELLY, C., LESHNER, A., SCHUTZ, K. et LITZ, B. (2011). An Exploration of the Viability and Usefulness of the Construct of Moral Injury in War Veterans. *Traumatology*, 17(1), 8-13.
- FIGLEY, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- FIGLEY, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Routledge.
- FOA, E. B. et ROTHBAUM, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- HAIGHT, W., SUGRUE, E., CALHOUN, M. et BLACK, J. (2016). A scoping study of moral injury: Identifying directions for social work research. *Children and Youth Services Review*, 70, 190-200.
- LITZ, B. T., STEIN, N., DELANEY, E., LEBOWITZ, L., NASH, W. P., SILVA, S. et MAGUEN, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695-706.
- PETRIE, K. et al. (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 897-909.
- POSLUNS, K. et GALL, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, Take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 1-20.
- SHAY, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182.
- STEVANOVIC, P. et RUPERT, P. (2004). Career-sustaining behaviors, satisfactions, and stresses of professional psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301-309.
- STROHMEIER, H. et SCHOLTE, W. F. (2015). Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28541.
- VAN MOL, KOMPANJE, E. J. O, BENOIT, D. D., BAKER, J. et NIJKAMP, N. D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 10(8), e0136955.
- WEINBERG, A. et CREED, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *The Lancet*, 355(9203), 533-537.

CHAPITRE 6 — BIEN ÉVALUER LES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES

- ASHBAUGH, A. R., HOULE-JOHNSON, S., HERBERT, C., EL-HAGE, W. et BRUNET, A. (2016). Psychometric validation of the english and french versions of the post-traumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *Plos One*, 11(10), e0161645-e0161645.
- BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G. et STEER, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- BENIGHT, C. C., SHOJI, K., JAMES, L. E., WALDREP, E. E., DELAHANTY, D. L. et CIESLAK, R. (2015). Trauma Coping Self-Efficacy: A context-specific self-efficacy measure for traumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(6), 591.
- BILLETTE, V., GUAY, S. et MARCHAND, A. (2008). Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal involvement on the efficacy of cognitivebehavioral therapy. *Behavior Modification*, 32(6), 876-896.
- BIRMES, P., BRUNET, A., BENOIT, M., DEFER, S., HATTON, L., SZTULMAN, H. et SCHMITT, L. (2005). Validation of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire self-report version in Two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 20(2), 145-151.
- BIRMES, P., SZTULMAN, H. et SCHMITT, L. (2002). Dissociation péri-traumatique et état de stress post-traumatique: étude prospective de six mois. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2(1), 4552.
- BLAKE, D. D., WEATHERS, F. W., NAGY, L. N., KALOUPEK, D. G., KLAUMINSER, G., CHARNEY, D. S. et KEANE, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- BLAKE, D. D., WEATHERS, F. W., NAGY, L. M., KALOUPEK, D. G., KLAUMINZER, G., CHARNEY, D. S. et KEANE, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*, 13, 187-188.
- BLEVINS, C. A., WEATHERS, F. W., DAVIS, M. T., WITTE, T. K. et DOMINO, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498.
- BOVIN, M. J., MARX, B. P., WEATHERS, F. W., GALLAGHER, M. W., RODRIGUEZ, P., SCHNURR, P. P. et KEANE, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379-1391.
- BREWIN, C. R., ANDREWS, B. et VALENTINE, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for PTSD in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- BREWIN, C. R., MACCARTHY, B. et FURNHAM, A. (1989). Social support in the face of adversity: The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality*, 23, 354-372.
- BRILLON, P. et MARCHAND, A. (1997). Survivre à une agression sexuelle: Symptomatologie post-traumatique et dépressive. *Revue québécoise de psychologie*, 18(3), 125-146.
- BRILLON, P., PHILIPPE, F. L., PARADIS, A., GEOFFROY, M.-C., ORRI, M. et OUELLET-MORIN, I. (2021). Psychological Distress of Mental Health Workers During the COVID-19 Pandemic: A Comparison with the General Population in High and Low-Incidence Regions. *Journal of Clinical Psychology*, 1-20.
- BRUNET, A. (1993). French-canadian adaptation of the Impact of Event Scale. Dans A. BRUNET. (1997). *Épidémiologie des événements traumatiques et effets des expositions multiples chez des chauffeurs de bus urbain*. Thèse de doctorat. Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal, Québec.

- BRUNET, A., ST-HILAIRE, A., JEHEL, L. ET KING, S. (2003). Validation of a french version of the impact of event scale-revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 55-60.
- BRUNET, A., WEISS, D. S., METZLER, T., BEST, S., NEYLAN, T. C., ROGERS, C., FAGAN, J. et MARMAR, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1480-1485.
- BUNNELL, B., DAVIDSON, T. et RUGGIERO, K. J. (2018). The Peritraumatic Distress Inventory (PDI) : Factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a Level I trauma center. *Journal of Anxiety Disorder*, 55, 8-13.
- CADELL, S., SUAREZ, E. et HEMSWORTH, D. (2015). Reliability and validity of a French version of the posttraumatic growth inventory. *Open Journal of Medical Psychology*, 4(02), 53.
- CANN, A., CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G., TAKU, K., VISHNEVSKY, T., TRIPLETT, K. N. et DANHAUER, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 23, 127-137.
- CHAPLO, S. D., KERIG, P. K. et WAINRYB, C. (2019). Development and validation of the Moral Injury Scales for Youth. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 448-458.
- CHIASSON, M., LAPIERRE, S., BALBINOTTI, M. A. A., DESJARDINS, S. et VASILIAIDIS, H.-M. Validation de contenu de la version francophone du questionnaire Impact of Event Scale-Revised selon les critères du DSM-5 (2018). *Pratiques psychologiques*, 24(1), 21-34.
- CONNOR, K. M. et DAVIDSON, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- CREAMER, M., BELL, R., FAILLA, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of event scale - Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1489-1496.
- D'ASTOUS, P. (2018). Déterminants cognitivo-comportementaux de l'ajustement psychologique chez les anciens combattants. Mémoire doctoral. Québec: Université Laval.
- DIENE, E., FOUQUET, A. et COGORDAN, C. (2015). Rapport final de la cohorte des travailleurs de l'agglomération toulousaine (cohorte santé « AZF »). Conséquences sanitaires de l'explosion survenue à l'usine AZF le 21 septembre 2001. Institut de veille sanitaire. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10149 (le lien est externe).
- FARBEROW, N. L. (1985). Mental health aspects of disaster in smaller communities. *The American Journal of Social Psychiatry*, 4, 43-55.
- FLANNERY, R. B. (1990). Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 593-612.
- FOA, E. B., EHLERS, A., CLARK, D. M., TOLIN, D. F. et ORSILLO, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303.
- FOA, E. B., McLEAN, C. P., ZANG, Y., ZHONG, J., RAUCH, S., PORTER, K., KNOWLES, K., POWERS, M. B. et KAUFFMAN, B. Y. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*, 28(10), 1159-1165.
- FREESTON, M. H., LADOUCEUR, R., THIBODEAU, N., GAGNON, F. et RHÉAUME, J. (1994). L'Inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, 20, 4755.
- GRAY, M. J., LITZ, B. T., HSU, J. L. et LOMBARDO, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341.

- GUAY, S., BILLETTE, V. et MARCHAND, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique: Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 165-184.
- GUAY, S., BILLETTE, V. et MARCHAND, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
- HÉBERT, M., PARENT, N., SIMARD, C. et LAVERDIÈRE, A. (2018). Validation of the French Canadian version of the brief Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 50(1), 9-16.
- HOFFMAN, J., LIDDELL, B., BRYANT, R. A. et NICKERSON, A. (2018). The relationship between moral injury appraisals, trauma exposure, and mental health in refugees. *Depression and Anxiety*, 35(11), 1030-1039.
- HOOPER, L. M., STOCKTON, P., KRUPNIK, J. L. et GREEN, B. L. (2011). Development, use, and psychometric properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*, 16(3), 258-283.
- HOROWITZ, M. J., WILNER, N. ET ALVAREZ, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- HOSEY, M. M., BIENVENU, O. J., DINGLAS, V. D. et al. (2019). The IES-R remains a core outcome measure for PTSD in critical illness survivorship research. *Critical Care*, 23, 362.
- JEHEL, L. (2023). *Phénotypage numérique des psychotraumatismes par analyse psycholinguistique*. Conférence présentée lors du Colloque franco-québécois de PsychoTrauma (Paris, 12 juin 2023).
- JEHEL, L. (2023). *Phénotypage numérique des psychotraumatismes par l'analyse psycholinguistique automatisée*. Conférence présentée lors du Colloque franco-québécois de PsychoTrauma: Défis et Perspectives (Paris, 12 juin 2023).
- JEHEL, L. et GUIDERE, M. (2022) *Psychotraumatologie: les mots du trauma*. Paris: Éditions Lavoisier. Collection Psychiatrie en pratique.
- JEHEL, L. et GUIDERE, M. (2023), *Pour une éco-psychiatrie du risque radio-nucléaire: méthodes et outils. Médecine de catastrophe - Urgences collectives*, 7(2), 146-152.
- JEHEL, L. et GUIDERE, M. (2023), *Solutions numériques en Psychotraumatologie*. Paris: EMC-Psychiatrie, Elsevier.
- KARIMI, M., RAHNEJAT, A. M., DABAGHI, P., TAGHVA, A., MAJDIAN, M., DONYAVI, V., SHADED-HAGHGHADAM, H. (2020). The psychometric properties of the PTSD symptom scale-interview based on dsm-5, in military personnel participated in warfare. *Iranian Journal of War and Public Health*, 12(2), 115-124.
- KEANE, T. M., WEATHERS, F. W. et FOA, E. B. (2000). Diagnosis and assessment. Dans E. B. FOA, T. M. KEANE et M. J. FRIEDMAN (dir). *Effective treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (p. 18-36). New York: Guilford Press.
- KROENKE, K., SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B., MONAHAN, P. O. et LÖWE, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325.
- KROENKE, K., SPITZER, R. L. et WILLIAMS, J. B. (2001). The PHQ 9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- LEBEL, S., DEWAR, M. et BRILLON, P. (2022). Translation, validation and exploration of the factor structure in the French version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). *Canadian Journal of Psychiatry*, 67(8), 648-658.
- LÖWE, B., DECKER, O., MÜLLER, S., BRÄHLER, E., SCHELLBERG, D., HERZOG, W. et HERZBERG, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266-274.

- MARMAR, C. R., WEISS, D. S. et METZLER, T. (1998). Peritraumatic dissociation and PTSD. Dans J. D. BREMMER et C. R. MARMAR (dir.), *Trauma Memory and Dissociation*. (p. 229-252). Washington, DC: American Psychiatric Press, 229-252.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S. et METZLER, T. J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. Dans J. P. WILSON et T. M. KEANE (dir.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (p. 412-428). New York: Guilford Press.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., SCHLENGER, W. E., FAIRBANK, J. A., JORDAN, B. K., KULKA, R. A. et HOUGH, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902-907.
- MARMAR, C. R., METZLER, T. et OTTE, C. (2004). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. Dans J. P. WILSON et T. M. KEANE (dir.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- MARX, B. P., LEE, D. J., NORMAN, S. B., BOVIN, M. J., SLOAN, D. M., WEATHERS, F. W., KEANE, T. M. et SCHNURR, P. P. (2022). Reliable and clinically significant change in the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 and PTSD Checklist for DSM-5 among male Veterans. *Psychological Assessment*, 34(2), 197-203.
- MICOULAUD-FRANCHI, J. A., LAGARDE, S., BARKATE, G., DUFOURNET, B., BESANCON, C., TRÉBUCHON-DA FONSECA, A., GAVARET, M., BARTOLOMEI, F., BONINI, F. et MCGONIGAL, A. (2016). Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample. *Epilepsy & Behavior*: EetB, 57(Pt A), 211-216.
- MOHR, D. C., Zhang, M. et Schueller, S. M. (2017). Personal Sensing: Understanding Mental Health Using Ubiquitous Sensors and Machine Learning. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 23-47.
- NASH, W. P., CARPER, T. L. M., MILLS, M. A., AU, T., GOLDSMITH, A. et LITZ, B. T. (2013). Psychometric evaluation of the Moral Injury Events Scale. *Military Medicine*, 178(6), 646-652.
- NATIONAL CENTER FOR PTSD. *Using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. <https://www.ohsu.edu/xd/health/for-healthcare-professionals/telemedicine-network/for-healthcare-providers/ohsu-echo/addiction-medicine/upload/Using-the-PTSD-Checklist-for-DSM-5.pdf>
- NISCHI et al. (2010). Peritraumatic Distress Inventory as a predictor of PTSD after a severe motor vehicle accident. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(2), 149-156.
- ONNELA, J.-P. (2021). Opportunities and challenges in the collection and analysis of digital phenotyping data. *Neuropsychopharmacology*, 46, 45-54.
- PERRIN, S., MEISER-STEDMAN, R. et SMITH, P. (2005). The children's revised impact of event scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 487-498.
- PRINS, A., BOVIN, M. J., SMOLENSKI, D. J., MARX, B. P., KIMERLING, R., JENKINS-GUARNIERI, M. A., KALOUPEK, D. G., SCHNURR, P. P., KAISER, A. P., LEYVA, Y. E. et TIET, Q. Q. (2016). The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *Journal of General Internal Medicine*, 31(10), 1206-1211.
- SCHULTEBRAUCKS, K. et CHANG, B. P. (2021). The opportunities and challenges of machine learning in the acute care setting for precision prevention of posttraumatic stress sequelae. *Experimental Neurology*, 336, 113526.
- SCHWARZWALD, J., SOLOMON, Z., WEISENBERG, M. et MIKULINCER, M. (1987). Validation of the impact of event scale for psychological sequelae of combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 251-256.
- SOLOMON, S. D., KEANE, T. M., NEWMAN, E. et KALOUPEK, D. G. (1996). Choosing self-report measures and structures interviews. Dans E. B. CARLSON (dir.), *Trauma research methodology* (p. 56-81). Lutherville, MA: Sydran Press.

- SOLOMON, Z., MIKULINCER, M. et AVITZUR, E. (1988). Coping, locus of control, social support and combat related PTSD: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 279-285.
- SPITZER, R. L., KROENKE, K., WILLIAMS, J. B. et LÖWE, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- STEFFENS, R. F. *et al.* (2016). Posttraumatic growth inventory: overview. Dans C. R. MARTIN, V. R. PREEDY et V. B. PATEL (dir.). *Comprehensive guide to PTSD*. New York: Springer.
- U.S. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. (2017). PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- WEATHERS, F. W., LITZ, B. T., KEANE, T. M., PALMIERI, P. A., MARX, B. P. et SCHNURR, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD. www.ptsd.va.gov
- WEATHERS, F. W., RUSCIO, A. et KEANE, T. M. (1990). Psychometrics properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). *Psychological Assessment*, 11, 124-133.
- WEISS, D. S. et MARMAR, C. R. (1996). *The Impact of Event Scale-Revised*. Dans J. P. WILSON ET T. M. KEANE (dir.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- WELLS, S. Y., MORLAND, L. A., TORRES, E. M., KLOEZEMAN, K., MACKINTOSH, M. A. ET Aarons, G. A. (2019). The development of a brief version of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI-9). *Assessment*, 26(2), 193-208.
- WORTMANN, J. H., JORDAN, A. H., WEATHERS, F. W., RESICK, P. A., DONDANVILLE, K. A., HALL-CLARK, B., FOA, E. B., YOUNG-McCAUGHAN, S., YARVIS, J., HEMBREE, E. A., MINTZ, J., PETERSON, A. L. et LITZ, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military Service members. *Psychological Assessment*, 28(11), 1392-1403.

CHAPITRE 7 — FAIRE UNE BONNE PSYCHOPÉDAGOGIE DES RÉACTIONS POST-TRAUMATIQUES

- BRILLON, P. (2023). *Se relever d'un traumatisme: Réapprendre à vivre et à faire confiance. Guide à l'intention des victimes*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- EHLERS, A. et CLARK, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- FOA, E. B. et ROTHBAUM, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- JANOFF-BULMAN, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. Dans C. R. FIGLEY (dir.), *Trauma and its wake, vol. 1: The study and treatment of PTSD*. New York: Brunner/Mazel.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S. et METZLER, T. J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. Dans J. P. WILSON ET T. M. KEANE (dir.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (p. 412-428). New York: Guilford Press.
- MOWRER, O. H. (1960). *Learning theory and Behavior*. New York: Wiley.

CHAPITRE 8 — TRAVAILLER LES ÉMOTIONS ASSOCIÉES AU TSPT

- BIRMES, P., SZTULMAN, H. et SCHMITT, L. (2002). Dissociation péri-traumatique et état de stress post-traumatique: étude prospective de six mois. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2(1), 45-52.
- BOON, S., STEELE, K. et VAN DER HART (2017). *Gérer la dissociation d'origine traumatique*. Bruxelles: De Boeck.

- BOYER, R., GUAY, S. et GONCALVES, J. (2015). La formation Oméga, ça marche! Dossier violence au travail. *OP*, 38(4), 21-23.
- BRADSHAW, J. (2004). *S'affranchir de la honte*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- BRANSCOMBE, L. B. (1991). Dissociation in combat-related posttraumatic stress disorder. *Dissociation*, 4, 13-20.
- CARLSON, E. B. et ROSSER-HOGAN, R. (1991). Trauma experiences, post-traumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1548-1551.
- CHU, J. A. et DILL, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.
- DANCU, C. V., RIGGS, D. S., HEARST-IKEDA, D., SHOYER, B. G. et FOA, E. B. (1996). Dissociative experiences and PTSD among female victims of criminal assault and rape. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 253-267.
- FOUQUES, D. (2020). La dissociation. Dans M. KÉDIA et A. SABOURAUD (dir.), *L'aide-mémoire de psychotraumatologie* (3^e éd., p. 253-267). Paris: Dunod.
- GOLEMAN, D. et PIÉLAT, T. (1997). *L'intelligence émotionnelle: accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle*. Paris: J'ai lu.
- GREENBERG, L. S. et PAIVIO, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- KEANEY, J. C. et FARLEY, M. (1996). Dissociation in outpatient sample of women reporting childhood abuse. *Psychological Reports*, 78, 5965.
- KÉDIA, M. et al. (2019). *Dissociation et mémoire traumatique. Histoire, clinique, psychothérapie et neurobiologie*. Paris: Dunod.
- KUBANY, E. (1994). A cognitive model of guilt typology in combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 3-19.
- LINEHAN, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- LIPSCHITZ, D. S., KAPLAN, M. L., SORKENN, J., CHORNEY, P. et ASNIS, G. M. (1996). Childhood abuse, adult assault, and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 261-266.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., SCHLENGER, W. E., FAIRBANK, J. A., JORDAN, B. K., KULKA, R. A. et HOUGH, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902-907.
- MARTIN, A. (2002). *Prédiction des symptômes de stress post-traumatiques à partir des variables péritraumatiques*. Thèse de doctorat, Département de psychologie. Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.
- MEICHENBAUM, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- MEICHENBAUM, D. (1994). *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual: For Assessing and Treating Adults with PTSD*. Waterloo: Institute Press.
- MURRAY, J., EHLERS, A. et MAYOU, R. A. (2002). Dissociation and posttraumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180(4), 363-368.
- ROTHSCHILD, B. et RAND, M. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. Norton et Company.
- SAXE, G. N., VAN DER KOLK, B. A., BERKOWITZ, R., CHINMAN, G., HALL, K., LIEBERG, G. et SCHWARTZ, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1037-1042.
- SMITH, J. (2021). Dissociation structurelle: repères. Dans J. SMITH (dir.), *Psychothérapie du trauma et de la dissociation*. (2^e éd., p 1-16). Paris: Dunod.
- SMITH, J. (2021). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (2^e éd.). Paris: Dunod.

WAGNER, A. et LINEHAN, M. (1998). Dissociative Behavior. Dans *Cognitive Behavioral Therapies for Trauma* (p. 191-225). New York (London): Guilford Press.

CHAPITRE 9 — TRAVAILLER LES PENSÉES ASSOCIÉES À LA DÉTRESSE POST-TRAUMATIQUE

- ABRAMSON, L. Y., METALSKY, G. I. et ALLOY, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P. et TEASDALE, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-94.
- BECK, A. T. et EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. et EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- BECK, J. G., JACOBS-LENTZ, J., JONES, J. M., OLSEN, S. A. et CLAPP, J. D. (2014). Understanding posttrauma cognitions and beliefs. Dans L. A. ZOELLNER et N. C. FEENY (dir.). *Facilitating resilience and recovery following trauma* (p. 167-190). New York: Guilford Press.
- BECK, J. S. et BECK, A.T. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- BRILLON, P., MARCHAND, A. et STEPHENSON, R. (1999). Influence of cognitive factors on sexual assault recovery: Descriptive review and methodological concerns. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28(1), 1-19.
- CHALOULT, L. (2000). *La psychothérapie cognitivo-comportementale: Théorie et pratique*. Les Presses de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- CHALOULT, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: Théorie et pratique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- DUGAS, M. J., RADOMSKY, A. S. et BRILLON, P. (2004). Tertiary Intervention for Anxiety and Prevention of Relapse. Dans D. J. A. DOZOIS ET K. S. DOBSON (dir.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- EHLERS, A. et CLARK, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- ELLIS, A. (1973). *Humanistic Psychotherapy: The Rational-Emotive approach*. New York: Julian Press.
- EPSTEIN, S. (1990). Beliefs and symptoms in maladaptive resolutions of the traumatic neurosis. Dans D. OZER, J. M. HEALY et A. J. STEWART (dir.), *Perspectives on personality* (vol. 3). London: Jessica Kingsley.
- FLEMING, W. H. (2022). Complex moral injury: Shattered moral assumptions. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1022-1050.
- FRANK, E., ANDERSON, B., STEWART, B. D., DANCU, C., HUGHES, C. et BEST, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- FRAZIER, P. A. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 298-304.
- FRAZIER, P. et SCHAUBEN, L. (1994). Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 1-14.
- GIDYCYZ, C. A. et KOSS, M. P. (1991). Predictors of long-term sexual assault trauma among a national sample of victimized college women. *Violence and Victims*, 6(3), 175-190.
- GOLD, E. R. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood: An attributional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 471-475.

- HAYES, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. New Arbinger Publications.
- JANOFF-BULMAN, R. (1979). Characterological versus behavioral selfblame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- JANOFF-BULMAN, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- JANOFF-BULMAN, R. et FRIEZE, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.
- JANOFF-BULMAN, R. et WORTMAN, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the «real world»: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-353.
- JENSEN, I. W. et GUTEK, B. A. (1982). Attributions and assignments of responsibility in sexual harassment. *Journal of Social Issues*, 38, 121-136.
- JOSEPH, S. A., WILLIAMS, R. et YULE, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544.
- JOSEPH, S. A., YULE, W. et WILLIAMS, R. (1993). Post-traumatic stress: Attributional aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 501-513.
- KILPATRICK, D. G., SAUNDERS, B., AMICK-MCMULLAN, A. E., BEST, C. L., VERONEN, L. J. et RESNICK, H. (1989). Victim and crime factors associated with the development of PTSD. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- KOENIG, H. G. et AL ZABEN, F. (2021). Moral injury: An increasingly recognized and widespread syndrome. *Journal of Religion and Health*, 60, 2989-3011.
- KUBANY, E. S. et MANKE, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27-61.
- LIBOW, J. A. et DOTY, D. W. (1979). An exploratory approach to self-blame and self-derogation by rape victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(4), 670-679.
- MARKS, I., LOVELL, K., NOSHIRVANI, H., LIVANOU, M. et THRASHER, S. (1998). Treatment of PTSD by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317325.
- MCCANN, I. L. et PEARLMAN, L. A. (1990). Constructivist self-development theory. Dans *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy and transformation* (p. 10-33). New York: Brunner Mazel.
- MCCORMICK, R. A., TABER, J. et KRUEDELBAACH, N. (1989). The relationship between attributional style and PTSD in addicted patients. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 477-487.
- MEYER, C. B. et TAYLOR, S. E. (1986). Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(6), 1226-1234.
- MIKULINCER, M. et SOLOMON, Z. (1988). Attributional style and combat-related PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 308-313.
- PERLOFF, L. S. (1983). Perceptions of vulnerability to victimisation. *Journal of Social Issues*, 39(2), 41-61.
- RESICK, P. A. et SCHNICKE, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- ROTHBAUM, B. O., MEADOWS, E. A., RESICK, P. et FOY, D. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy. Dans E. B. FOA, T. M. KEANE et M. J. FRIEDMAN. *Effective treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (p. 60-83). New York: Guilford Press.
- SCHEPPELE, K. L. et BART, P. B. (1983). Through women's eyes: Defining danger in the wake of sexual assault. *Journal of Social Issues*, 39(2), 63-81.

- STEPHENSON, R., MARCHAND, A. et BRILLON, P. (1997). Examen critique des études d'efficacité du traitement du trouble de stress post-traumatique. *Science et Comportement*, 25(2), 149-182.
- TARRIER, N., PILGRIM, H., SOMMERFIELD, C., FARAGHER, B., REYNOLDS, M., GRAHAM, E. et BARROWCLOUGH, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.
- TAYLOR, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- TURNQUIST, D. C., HARVEY, J. H. et ANDERSON, B. L. (1988). Attributions and adjustment to life threatening illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 55-65.
- WEAVER, T. L. et CLUM, G. A. (1995). Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 15(2), 115-140.
- WEINER, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- WEINER, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer Verlag.
- WEINSTEIN, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- WEINSTEIN, N. D. et LACHENDRO, E. (1982). Egocentrism as a source of unrealistic optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 195-200.
- WONG, P. T. P. et WEINER, B. (1981). When people ask « why » questions and the heuristics of attributional research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 650-663.

CHAPITRE 10 — FACILITER LA DÉTENTE ET L'APAISEMENT

- AIZIK-REEBS, A., AMIR, I., YUVAL, K., HADASH, Y. et BERNSTEIN, A. (2022). Candidate mechanisms of action of mindfulness-based trauma recovery for refugees (MBTR-R): Self-compassion and self-criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(2), 107-122.
- ANDRÉ, C. (2011). *Méditer, jour après jour : 25 leçons pour vivre en pleine conscience*. Paris: Éditions L'Iconoclaste.
- REYES, A. T., BHATTA, T. R., MUTHUKUMAR, V. et GANGOZO, W. J. (2020). Testing the acceptability and initial efficacy of a smartphone-app mindfulness intervention for college student veterans with PTSD. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(2), 58-66.
- BARLOW, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- BERNSTEIN, D. A. et BORKOVEC, T. D. (1973). *Progressive Relaxation Training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press Editions.
- BOLDUC, R., BIGRAS, N., DASPE, MÈ. HÉBERT, M. et GODBOUT, N. (2018). Childhood Cumulative Trauma and Depressive Symptoms in Adulthood: the Role of Mindfulness and Dissociation. *Mindfulness*, 9, 1594-1603.
- BORKOVEC, T. D. et COSTELLO, J. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- DAVIS, L. L., WHETSELL, C., HAMNER, M. B., CARMODY, J., ROTHBAUM, B. O., ALLEN, R. S., BARTOLUCCI, A., SOUTHWICK, S. M., BREMMER, J. D. (2019). A multisite randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 1(2), 39-48.

- DUSSAULT, É., LAFORTUNE, D., FERNET, M. et GODBOUT, N. (2022). Mindfulness in Survivors of Cumulative Childhood Interpersonal Trauma: a Buddhist Conceptualization of Suffering and Healing. *Mindfulness*, 13, 1816-1828.
- FOA, E. B. et ROTHBAUM, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- GERMER, C. K. (2013). *Mindfulness: What is it? What does it matter?* Dans C. K. GERMER, R. D. SIEGAL et P. R. FULTON, *Mindfulness and Psychotherapy* (p. 3-27). New York: Guilford Press.
- GODBOUT, N., BIGRAS, N. et DION, J. (2016). Présence attentive et traumas interpersonnels subis durant l'enfance. Dans S. GRÉGOIRE, L. LACHANCE et L. RICHER (dir.), *La présence attentive (mindfulness): État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Presses de l'Université du Québec.
- GODBOUT, N., BAKHOS, G., DUSSAULT, E. et HÉBERT, M. (2020) Childhood Interpersonal Trauma and Sexual Satisfaction in Patients Seeing Sex Therapy: Examining Mindfulness and Psychological Distress as Mediators, *Journal of Sex et Marital Therapy*, 46(1), 43-56.
- GOLDBERG, S. B. et al. (2020). Efficacy and acceptability of mindfulness-based interventions for military veterans: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Research*, 138, 110232.
- ITO, D, WATANABE, A. et OSAWA, K. (2023). Mindful attention awareness and cognitive defusion are indirectly associated with less PTSD-like symptoms via reduced maladaptive posttraumatic cognitions and avoidance coping. *Current Psychology*, 42, 1182-1192.
- JACOBSON, E. (1980). *Savoir relaxer pour combattre le stress*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- TAYLOR, J., MCLEAN, L., KORNER, A., STRATTON, E. et GLOZIER, N. (2020). Mindfulness and yoga for psychological trauma: systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma et Dissociation*, 21(5), 536-573.
- KABAT-ZINN, J. (2016). *Au cœur de la tourmente: La pleine conscience* (3^e éd.). Bruxelles: De Boeck.
- KABAT-ZINN, J. (2013). *Où tu vas, tu es: Apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes*. Paris: J'ai lu.
- SUN, L. N., GU, J. W., HUANG, L. J., SHANG, Z. L., ZHOU, Y. G., WU, L. L., JIA, Y. P., LIU, N. Q., LIU, W. Z. (2021). Military-related posttraumatic stress disorder and mindfulness meditation: A systematic review and meta-analysis. *Chinese Journal of Traumatology*, 24(4), 221-230.
- O'HARE, D. (2019). *Cohérence cardiaque 365: Le guide de respiration antistress*. Paris: Éditions Lizzie.
- ÖST, L.-G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 26, 13-22.
- ÖST, L.-G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- POSLUNS, K., GALL, T.L. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselves: A Literature Review on Self-Care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 1-20.
- SABOURIN, M. (2001). *Techniques de relaxation*. CD Audio, Sony Music.
- WILLIAMS, M. et PENMAN, D. (2013). *Méditer pour ne plus stresser: Trouver la sérénité, une méthode pour se sentir bien*. Paris: Odile Jacob.
- WILLISTON, S. K., GROSSMAN, D., MORI, D. L. et NILES, B. L. (2021). Mindfulness interventions in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(1), 46-57.

CHAPITRE 11 — CIBLER SPÉCIFIQUEMENT LA DIMINUTION DE L'ÉVITEMENT

- BECKER, C., ZAYFERT, C. et ANDERSON, E. (2004). A survey of psychologists' attitude towards and utility of exposure therapy for PTSD. *Behaviour research and therapy*, 42(3), 277-292.
- BOUCHARD, S., ROBILLARD, G., LAROUCHE, S. et LORANGER, C. (2012). Description of a treatment manuel for in virtuo exposure with specific phobia. Dans C. EICHENBERG (dir.). *Virtual Reality in psychological Medical and Pedagogical Applications*. Rijeka: InTech (publié en ligne).
- BOUCHARD, S., ROBILLARD, G., RENAUD, P. et BERNIER, F. (2011). Exploring new dimensions in the assessment of virtual reality induced side-effects. *Journal of Computer and Information Technology*, 1(3), 20-32.
- CRASKE, M. G., TREANOR, M., CONWAY, C. C., ZBOZINEK, T. et VERVLIET, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- CRASKE, M. G., KIRCANSKI, K., ZELIKOWSKY, M., MYSTKOWSKI, J., CHOWDHURY, N. et BAKER, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- CRASKE, M. G., TREANOR, M., ZBOZINEK, T. et VERVLIET, B. (2022). Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach ad the OptEx Nexus. *Behaviour Research and Therapy*, 152, 104069.
- DEACON *et al.* (2013). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 259-264.
- DUGAS, M. J., RADOMSKY, A. S. et BRILLON, P. (2004). Tertiary Intervention for Anxiety and Prevention of Relapse. Dans D. J. A. DOZOIS et K. S. DOBSON (dir.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- ECKER, B., BRIDGES, S. K. (2020). How the Science of Memory Reconsolidation Advances the Effectiveness and Unification of Psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 48, 287-300.
- FARRELL, N. R. *et al.* (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 763-771.
- FRANK, E., ANDERSON, B., STEWART, B. D., DANCU, C., HUGHES, C. et BEST, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- HIPOL, L. J. et DEACON, B. J. (2012). Dissemination of Evidence-Based Practices for Anxiety Disorders in Wyoming: A survey of practicing psychotherapists. *Behavior Modification*, 37(2), 170-188.
- HOFFMAN, L. J. ET CHU, B. C. (2019). When is seeking safety functional? taking a pragmatic approach to distinguishing coping from safety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 176-185.
- JOURILES, E. N. *et al.* (2011). Assessing women's responses to sexual threat: Validity of a virtual role-play procedure. *Behavior Therapy*, 42(3), 475-484.
- JOURILES, E. N. *et al.* (2009). Can virtual reality increase the realism of role plays used to teach college women sexual coercion and rape-resistance skills? *Behavior Therapy*, 40(4), 337-345.
- KEANE, T. M. et BARLOW, D. H. (2002). PTSD. Dans D. H. BARLOW. *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2^e éd.). New York: Guilford press.
- KEANE, T. M., FAIRBANK, J. A., CADDELL, J. M. et ZIMMERING, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.

- KEANE, T. M., FAIRBANK, J. A., CADDELL, J. M., ZIMMERING, R. T. et BENDER, M. E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating PTSD in Vietnam veterans. Dans C. R. FIGLEY (dir.), *Trauma and its wake: The study and treatment of PTSD*. New York: Brunner Mazel.
- KUHN, E. *et al.* (2017). A randomized controlled trial of a smartphone app for PTSD symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology, 85*(3), 267.
- Laboratoire de Cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais. <http://w3.uqo.ca/cyberpsy/>
- LANCASTER, C. L., MONFILS, M. H. et TELCH, M. J. (2020). Augmenting exposure therapy with pre-extinction fear memory reactivation and deepened extinction: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 135*, 103730.
- LORANGER, C. et BOUCHARD, S. (2019). *Utilisation de la réalité virtuelle et des autres technologies dans le traitement du trauma*. Dans S. BOND, G. BELLEVILLE et S. GUAY. *Les troubles liés aux événements traumatiques: Guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe*. Presses de l'Université Laval.
- MARKS, I., LOVELL, K., NOSHIRVANI, H., LIVANOU, M. et THRASHER, S. (1998). Treatment of PTSD by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 55*, 317325.
- MCLAY, R. N. *et al.* (2017). A randomized, head-to-head study of virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 20*(4), 218-224.
- MCLEAN, C. P., LEVY, H. C., MILLER, M. L. et TOLIN, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 91*, 102115.
- PÉREZ-PENA, M., NOTERMANS, J., DESMEDT, O., VAN DER GUCHTM K. et PHILIPPOT, P. (2022). Mindfulness-based interventions and body awareness. *Brain Sciences, 12*(2), 285.
- PHILIPPOT, P. (2022). *Apprivoiser les émotions: 50 nuances de flexibilité*. Conférence présentée à l'AFTCC en décembre 2022.
- PITTI, A. et HOYER, J. (2017). Utilization and barriers of exposure in private practice: The perspective of behavioral psychotherapists. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 46*(4), 223-235.
- POWERS, M. B. et EMMELKAMP, P. M. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(3), 561-569.
- REGER, G. M. *et al.* (2011). Effectiveness of virtual reality exposure therapy for active duty soldiers in a military mental health clinic. *Journal of Traumatic Stress, 24*(1), 93-96.
- RICHARDS, D. A., LOVELL, K. et MARKS, I. (1994). PTSD: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress, 60*, 669-680.
- ROTHBAUM, B. O., MEADOWS, E. A., RESICK, P. et FOY, D. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, p. 60-83. Dans E. B. Foa, T. M. Keane et M. J. Friedman. *Effective treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- SANGHA, S., DIEHL, M. M., BERGSTROM, H. C. et DREW, M. R. (2020). Know safety, no fear. *Neuroscience and biobehavioral reviews, 108*, 218-230.
- SCHEVENEELS, S., BODDEZ, Y. et HERMANS, D. (2021). Predicting clinical outcomes via human fear conditioning: A narrative review. *Behaviour Research and Therapy, 142*, 103870.
- SCHNEIDER *et al.* (2020). Serious negative consequences associated with exposure and response prevention for OCD: A survey of therapist attitudes and experiences. *Depression and Anxiety, 37*(5), 418-428.
- STEPHENSON, R., MARCHAND, A. et BRILLON, P. (1997). Examen critique des études d'efficacité du traitement du trouble de stress post-traumatique. *Science et Comportement, 25*(2), 149-182.

- TOLIN, D. F. (2019). Inhibitory learning for anxiety-related disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 225-236.
- WIEDERHOLD, B. K. et BOUCHARD, S. (2014). *Advances in virtual reality and anxiety disorders*. New York: Springer.

CHAPITRE 12 — FAVORISER LA DIGESTION ÉMOTIONNELLE DU TRAUMA

- BOURASSA, K. J. *et al.* (2020). The impact of prolonged exposure therapy on social support and PTSD symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 260, 410-417.
- BROWN, L. A., ZANDBERG, L. J. et FOA, E. B. (2019). Mechanisms of change in prolonged exposure therapy for PTSD: Implications for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 6.
- EFTEKHARI, A., CROWLWY, J. J., MACKINTOSH, M. A. et ROSEN, C. S. (2020). Predicting treatment dropout among veterans receiving prolonged exposure therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 405.
- FIGLEY, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Routledge.
- FOA, E. B. *et al.* (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for PTSD: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(2), 65-111.
- FOA, E. B. (2011, décembre). Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depression and Anxiety*.
- FOA, E. B. et Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20.
- KATZ, A. C. *et al.* (2020). Changes in physiological reactivity in response to the trauma memory during prolonged exposure and virtual reality exposure therapy for post-traumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(7), 756.
- MAPLES-KELLER, J. L. *et al.* (2019). Changes in trauma-potentiated startle, skin conductance, and heart rate within prolonged exposure therapy for PTSD in high and low treatment responders. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, 102147.
- POWERS, M. B., HALPERN, J. M., FERENSCHAK, M. P., GILLIHAN, S. J. et FOA, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641.
- RAUCH, S. A., EFTEKHARI, A. et RUZEK, J. I. (2012). Review of exposure therapy: A gold standard for PTSD treatment. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(5), 679-687.
- VAN MINNEN, A., HARNED, M. S., ZOELLNER, L. et MILLS, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 18805.

CHAPITRE 13 — CONCLURE LA DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE

- BONANNO, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- COHEN, K. et COLLENS, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 570-580.
- HENSON, C., TRUCHOT, D. et CANEVELLO, A. (2022). Factors that hinder post-traumatic growth: A systematic review. *L'Encéphale*, 48(5), 560-562.
- JAYAWICKREME, E. *et al.* (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of Personality*, 89(1), 145-165.

- JOSEPH, S. A., MURPHY, D. et REGEL, S. (2012). An affective-cognitive processing model of Post-traumatic growth, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 316-325.
- LANDI, G. *et al.* (2022). Post-traumatic growth in people experiencing high PTS during the COVID-19 pandemic: The protective role of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 44-55.
- LI, J., SUN, Y., MACCALLUM, F. et CHOW, A. Y. (2021). Depression, anxiety and post-traumatic growth among bereaved adults: A latent class analysis. *Frontiers in Psychology*, 11.
- MICHAEL, C. et COOPER, M. (2013). Post-traumatic growth following bereavement: A systematic review of the literature. *Counselling Psychology Review*, 28(4), 18-33.
- ORLINSKY, D. E. et RONNESTAD, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- PRATI, G. et PIETRANTONI, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388.
- SHAKESPEARE-FINCH, J. et LURIE-BECK, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229.
- SULTANI, G. *et al.* (2023). «Now I Have Dreams in Place of the Nightmares»: An Updated Systematic Review of Post-Traumatic Growth Among Refugee Populations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380231163641.
- WU, X. *et al.* (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408-415.
- ZHOU, N. *et al.* (2018). Prolonged grief and post-traumatic growth after loss: Latent class analysis. *Psychiatry Research*, 267, 221-227.

CHAPITRE 14 — «AU SECOURS! COMMENT SORTIR DE L'IMPASSE THÉRAPEUTIQUE?»

- AIT-AOUDIA, M. A. (2020). Cauchemars et troubles du sommeil. Dans *Psychotraumatologie* (vol. 3, p. 305-323). Paris: Dunod.
- AIT-AOUDIA, M. *et al.* (2013). Validation of the French version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 19298.
- American Psychological Association (APA; 2017); International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS, 2018); National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018); US Department of Veterans Affairs (VA/DoD; 2017).
- AMOROSO, T. et WORKMAN, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: a preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. *Journal of Psychopharmacology*, 30(7), 595-600.
- ARNTZ, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 189-208.
- ARNTZ, A. et WEERTMAN, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715-740.
- AURORA, R. N. *et al.* (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6, 389-401.
- BABSON, K. A. et FELDNER, M. T. (2010). Temporal Relations between Sleep Problems and Both Traumatic Event Exposure and PTSD: A Critical Review of the Empirical Literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 1-15.

- BALLENGER, J. C. *et al.* (2000). Consensus statement on Posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 60-66.
- BÆKKELUND, H., ULVENES, P., BOON-LANGELAAN, S. et ARNEVIK, E. (2022). Group treatment for complex dissociative disorders: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 22(1), 338.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. et EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- BECKER, C., ZAYFERT, C. et ANDERSON, E. (2004). A survey of psychologists' attitude towards and utility of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277-292.
- BELLET, P. et VARESCON, I. (2019). Trouble de stress post-traumatique et trouble de l'usage de substance. État des lieux des connaissances. *Alcoologie et Addictologie*, 41(1), 22-32
- BELLEVILLE, G., COUSINEAU, H., LEVRIER, K., ST-PIERRE-DELORME, M. E. et MARCHAND, A. (2010). The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 379-386.
- BERSHAD, A. K., MILLER, M. A., BAGGOTT, M. J. et DE WIT, H. (2016). The effects of MDMA on socio-emotional processing: Does MDMA differ from other stimulants?. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1248-1258.
- BICHESCU, D., NEUNER, F., SCHAUER, M. et ELBERT, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2212-2220.
- BISSON J. I., OLFF, M. (2021). Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1).
- BOON, S., STEELE, K. et VAN DER HART, O. (2014). *Gérer la dissociation d'origine traumatique: Exercices pratiques pour patients et thérapeutes*. Bruxelles: De Boeck.
- BOTERHOVEN DE HAAN, K. L. *et al.* (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with PTSD from childhood trauma: randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 609-615.
- BRADY, K. T., PEARLSTEIN, T., ASNIS, G. M., BACKER, D., ROTHBAUM, B. et SIKES, C. R. (2000). Double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of sertraline treatment of PTSD. *Journal of the American Medical Association*, 284, 502-505.
- BRILLON, P., DEWAR, M., PARADIS, A. et PHILIPPE, F. (2023). Association Between Self-Care Practices and Psychological Adjustment of Mental Health Professionals: A Two-Wave Cross-Lagged. Analysis. *Anxiety, Stress and Coping*.
- BRILLON, P. (2020). *Entretenir ma vitalité d'aidant: Guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- BRILLON, P. et SAVARD, P. (2002). Aider une victime de traumatisme: Qu'est-ce que l'omnipraticien peut faire? *Le Clinicien*, 17(1), 7590.
- BRUNET, A., ORR, S. P., TREMBLAY, J., ROBERTSON, K., NADER, K. et PITMAN, R. K. (2008). Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery in PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, 42(6), 503-506.
- BRUNET, A., SAUMIER, D., LIU, A., STREINER, D. L., TREMBLAY, J. et PITMAN, R. K. (2018). Reduction of PTSD symptoms with pre-reactivation propranolol therapy: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 175(5), 427-433.
- BUHAGAR, D. C. (2021). The forgiveness interview protocol: A narrative therapy writing-process model for the treatment of moral injury. *Journal of Religion and Health*, 60(5), 3100-3129.

- CAREY, T. A. (2011). Exposure and reorganization: The what and how of effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 236-248.
- CASEMENT, M. D. et SWANSON, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: effects on nightmare frequency, sleep quality, and post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 566-574.
- CESCHI, G. et PICTET, A. (2018). *Imagerie mentale et psychothérapie*. Bruxelles: Éditions Mardaga.
- CLOITRE, M. et KOENEN, K. C. (2001). The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with PTSD related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(3), 379-398.
- CLOITRE, M., COHEN, L. R. et KOENEN, K. C. (2011). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York: Guilford Press.
- CLOITRE, M., COURTOIS, C. A., FORD, J. D., GREEN, B. L., ALEXANDER, P., BRIERE, J. et VAN DER HART, O. (2012). *The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults*.
- COURTOIS, C. A. et FORD, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (p. 82). New York: Guilford Press.
- CRASKE, M. G., TREANOR, M., ZBOZINEK, T. D., Vervliet, B. (2022) Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach and the OptEx Nexus. *Behaviour Research and Therapy*, 152, 104069.
- CUNGI, C. et NICOLE, S. (2014). *Faire face aux dépendances*. Paris: Éditions Retz.
- CURRIER, J. M., DRESCHER, K. D. et NIEUWSMA, J. (2021). *Addressing moral injury in clinical practice*. American Psychological Association.
- CUSACK, K., JONAS, D. E., FORNERIS, C. A., WINES, C., SONIS, J., MIDDLETON, J. C. et GAYNES, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 43, 128-141.
- DAOUST, J. P., AIT AODIA, M., GRAIL, S. et JUÉRY, C. (Sous presse). Traduction française internationale et validation du Nightmare Distress Questionnaire (NDQ; Belicki, 1992). Thyma.
- DAVIDSON, J. R. T., ROTHBAUM, B. O., VAN DER KOLK, B. A., SIKES, C. et FARFEL, G. M. (2001). Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of PTSD. *Archives of General Psychiatry*, 58, 485-492.
- DE HAAN, K. L. B., LEE, C. W., FASSBINDER, E., VAN ES, S. M., MENNINGA, S., MEEWISSE, M. L. et Arntz, A. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with PTSD from childhood trauma: randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 609-615.
- DE JONGH, A., AMANN, B. L., HOFMANN, A., FARRELL, D. et LEE, C. W. (2019). The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder 30 years after its introduction. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 261-269.
- DETHIER, V. et PHILIPPOT, P. (2017). Attentional focus during exposure in spider phobia: The effect of valence and schematicity of a partial distractor. *Behaviour Research and Therapy*, 93, 104-115.
- DEWAR, M. (2023). *Adaptation psychologique des travailleurs humanitaires: Considérer les événements blessants moralement*. Thèse de doctorat en psychologie. UQAM.
- DEWAR, M., PARADIS, A. et BRILLON, P. (2023, sous presse). PTSD symptom profiles of aid workers: Identifying risk and protective factors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- DEWAR, M., PARADIS, A. et BRILLON, P. (2023). Morally injurious events among aid workers: examining the indirect effect of negative cognitions and self-care in associations with mental health indicators. *Frontiers in Psychology*, 14, 1171629.

- FEENEY, N. C., ZOELLNER, L. A. et FOA, E. B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: a preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*, 16(1), 30-40.
- FEDUCCIA, A. *et al.* (2019). Breakthrough for trauma treatment: safety and efficacy of MDMA-assisted psychotherapy compared to paroxetine and sertraline. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 650.
- FOA E. B. *et al.* (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for PTSD: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(2), 65-111.
- FONTANA, A. et ROSENHECK, R. (1999). A model of war zone stressors and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 12(1), 111-126.
- FORBES, D., CREAMER, M., BISSON, J. I., COHEN, J. A., CROW, B. E., FOA, E. B. et URSANO, R. J. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 537-552.
- FOUQUES, D. (2020). La dissociation. Dans M. KÉDIA et A. SABOURAUD (dir.), *L'aide-mémoire de psychotraumatologie* (3^e éd., p. 253-267). Paris: Dunod.
- GERMAIN, A. et NIELSEN, T. (2003). Impact of Imagery Rehearsal treatment on distressing dreams, psychological distress and sleep parameters in nightmares patients. *Behavioral Sleep Medicine*, 1(3), 140-154.
- GERMAIN, A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: Where are we now? *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 372-382.
- GERMAIN, A., KRAKOW, B., FAUCHER, B., ZADRA, A., NIELSEN, T., HOLLIFIELD, M., WARNER, T. et KOSS, M. (2004). Increased mastery elements associated with imagery rehearsal treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming*, 14(4), 195-206.
- GERMAIN, V., MARCHAND, A., BOUCHARD, S., DROUIN, M.-S. et GUAY, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 42-53.
- GILL, P., FRASER, E., TRAN, TTD, DE SENA COLLIER, G., JAGO, A., LOSINNO, J., GANCI, M. (2023). Psychosocial treatments for nightmares in adults and children: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 23(1), 283.
- GIESELMANN, A., AIT AOUDIA, M., CARR, M., GERMAIN, A., GORZKA, R., HOLZINGER, B. et PIETROWSKY, R. (2019). Aetiology and treatment of nightmare disorder: State of the art and future perspectives. *Journal of Sleep Research*, 28(4), e12820.
- GRAY, M. J. *et al.* (2012). Adaptive disclosure: An open trial of a novel exposure-based intervention for service members with combat-related psychological stress injuries. *Behavior Therapy*, 43(2), 407-415.
- GRUNERT, B. K., WEIS, J. M., SMUCKER, M. R., CHRISTIANSON, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for PTSD following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 317-328.
- GUTNER, C. A. *et al.* (2016). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for PTSD. *Psychological Trauma*, 8(1), 115-121.
- GRIFFIN, B. J., PURCELL, N., BURKMAN, K., LITZ, B. T., BRYAN, C. J., SCHMITZ, M., VILLIERME, C., WALSH, J. et MAGUEN, S. (2019). Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 350-362.
- HASE, M. (2021). The structure of EMDR therapy: A guide for the therapist. *Frontiers in Psychology*, 12, 660753.

- HEFFERNAN, K. et CLOITRE, M. (2000). A comparison of PTSD with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: Etiological and clinical characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(9), 589-595.
- HELD, P., KLASSEN, B. J., BRENNAN, M. B. et ZALTA, A. K. (2018). Using prolonged exposure and cognitive processing therapy to treat veterans with moral injury-based PTSD: Two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(3), 377-390.
- HOLMES, E. A. (2019). *Imagery-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder and Mood Instability*. New York: Guilford Press.
- HOLMES, E. A., ARNTZ, A. et SMUCKER, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment, techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 297-305.
- JI, J. L., KAVANAGH D. J., HOLMES, E. A., MACLEOD, C., DI SIMPLICIO, M. (2019). Mental imagery in psychiatry: conceptual & clinical implications. *CNS Spectrums*, 24(1), 114-126.
- JOHNSON, W. B. (1995). Narcissistic personality as a mediating variable in manifestations of PTSD. *Military Medicine*, 160(1), 40-41.
- JOSEPH, S. (2011). *What doesn't kill us: The new psychology of posttraumatic growth*. New York: Basic Books.
- KABAT-ZINN, J. (2013). *Où tu vas, tu es: Apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes*. Paris: J'ai lu.
- KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M. et NELSON, C. B. (1995). PTSD in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- KESSLER, R. et al. (2017). Trauma and PTSD in the World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 2-16.
- KLEIN, R. H. et SCHERMER, V. L. (2000). *Group Psychotherapy for Psychological Trauma*. New York: Guilford Press.
- KOENIG, H. G., BOUCHER, N. A., OLIVER, R. J. P., YOUSSEF, N., MOONEY, S. R., CURRIER, J. M. et PEARCE, M. (2017). Rationale for spiritually oriented cognitive processing therapy for moral injury in active duty military and veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(2), 147-153.
- KRAKOW, B. et Zadra, A. (2006). A clinical management of chronic nightmares: Imagery Rehearsal Therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 45-70.
- KRAKOW, B. et al. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 589-609.
- LANCEE, J., SPOORMAKER, V., KRAKOW, B., VAN DEN BOUT, J. (2008). A systematic review of cognitive-behavioral treatment for nightmares. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4, 475-580.
- LEVIN, R. et NIELSEN, T. (2007). Disturbed Dreaming, Posttraumatic Stress Disorder, and Affect Distress: A Review and Neurocognitive Model. *Psychological Bulletin*, 133, 482-528.
- MORINA, N., Lancee, J., & ARNTZ, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- LINEHAN, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- LONDBORG et al. (2001). Sertraline treatment of PTSD: Results of 24 weeks of open-label continuation treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(5), 325-331.
- MAERCKER, A. et PERKONIGG, A. (2018). CIM-10, CIM-11 et DSM-5. *Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress: Le guide du clinicien*, 197.

- MAGUEN, S. *et al.* (2010). The impact of reported direct and indirect killing on mental health symptoms in Irak war veterans. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 23(1), 86-90.
- MAGUEN, S., METZLER, T. J., BOSCH, J., MARMAR, C. R., KNIGHT, S. J. et NEYLAN, T. C. (2012). Killing in combat may be independently associated with suicidal ideation. *Depression and Anxiety*, 29(11), 918-923.
- MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies), 2023.
- MARSHALL, R. D., BEBEE, K. L., OLDDHAM, M. et ZANINELLI, R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: A fixed-dose, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1982-1988.
- MARSHALL, R. D., SCHNEIER, F. R., FALLON, B. A., KNIGHT, C. B., ABBATE, L. A., GOETZ, D. *et al.* (1998). An open trial of Paroxetine in patients with non combat-related, chronic PTSD. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 10-18.
- McCANN, I. L. et PEARLMAN, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation* (n° 21). Psychology Press.
- McLEAN, C. P., LEVY, H. C., MILLER, M. L. et TOLIN, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102115.
- MITCHELL, J. M., BOGENSCHUTZ, M., LILIENSTEIN, A., HARRISON, C., KLEIMAN, S., PARKER-GUILBERT, K. et DOBLIN, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*, 27(6), 1025-1033.
- MITHOEFER, M. C., GROB, C. S. et BREWERTON, T. D. (2016). Novel psychopharmacological therapies for psychiatric disorders: psilocybin and MDMA. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 481-488.
- MITHOEFER, M. C., FEDUCCIA, A. A., JEROME, L., MITHOEFER, A., WAGNER, M., WALSH, Z. et DOBLIN, R. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology*, 236, 2735-2745.
- MORINA, N., LANCEE, J. et ARNTZ, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- MORKVED, N., HARTMANN, K., AARSHEIM, L. M., HOLEN, D., MILDE, A. M., BOMYA, J. et THORP, S. R. (2014). A comparison of narrative exposure therapy and prolonged exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 453-467.
- NARDOU, R., LEWI, E. M., ROTHHAAS, R., XU, R., YANG, A., BOYDEN, E. et DÖLEN, G. (2019). Oxytocin-dependent reopening of a social reward learning critical period with MDMA. *Nature*, 569(7754), 116-120.
- NEUNER, F., SCHAUER, M., KLASCHIK, C., KARUNAKARA, U. et ELBERT, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579.
- NIEUWSMA, A. *et al.* (2015). Possibilities within acceptance and commitment therapy for approaching moral injury. *Current Psychiatry Reviews*, 11(3), 193-206.
- NIEUWSMA, J., D WALSER, R., K FARNSWORTH, J., D DRESCHER, K., G MEADOR, K. et NASH, W. (2015). Possibilities within acceptance and commitment therapy for approaching moral injury. *Current Psychiatry Reviews*, 11(3), 193-206.
- NORMAN, S., ALLARD, C., BROWNE, K., CAPONE, C., DAVIS, B. et KUBANY, E. (2019). *Trauma informed guilt reduction therapy: Treating guilt and shame resulting from trauma and moral injury*. Academic Press.
- OREN, E. M. D. R. et SOLOMON, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 197-203.

- ORSILLO, S.M., ROEMER, L., LERNER, J. B. et TULL, M. T. (2004). Acceptance, mindfulness and cognitive-behavioral therapy. Dans S. C. HAYES, V. M. FOLLETTE et M. M. LINEHAN. *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (chap. 4). New York: Guilford Press.
- PAGE, D. (2014). *Borderline: Retrouver son équilibre*. Paris: Odile Jacob.
- PEARCE, M., HAYNES, K., RIVERA, N. R. et KOENIG, H. G. (2018). Spiritually integrated cognitive processing therapy: A new treatment for PTSD that targets moral injury. *Global Advances in Health and Medicine*, 7.
- PIGEON, S., LONERGAN, M., ROTONDO, O., PITMAN, R. K. et BRUNET, A. (2022). Impairing memory reconsolidation with propranolol in healthy and clinical samples: a meta-analysis. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 47(2), E109-E122.
- PURCELL, N., BURKMAN, K., KEYSER, J., FUCELLA, P. et MAGUEN, S. (2018). Healing from Moral Injury: A Qualitative Evaluation of the Impact of Killing Treatment for Combat Veterans. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(6), 645-673.
- ROBJANT, K. et FAZEL, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1030-1039.
- ROSS, D. F. et BELLEVILLE, G. (2019). Gérer un trouble lié à l'utilisation d'une substance concomitant au TSPT: les meilleures pratiques. Dans S. BOND, G. BELLEVILLE et S. GUAY, *Les troubles liés aux événements traumatiques: Guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe*. Presses de l'Université Laval.
- SHAPIRO, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- SHAPIRO, F. (2012). EMDR therapy: An overview of current and future research. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 193-195.
- SHAY, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182.
- SHEA, M. T. et al. (2000). Personality disorders, history of trauma, and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(5), 315-325.
- SIMRAD, V. et NIELSEN, T. (2009). Adaptation of imagery rehearsal therapy for nightmares in children; AS brief report. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 492-497.
- SIMON, R. I. (2002). Distinguishing trauma-associated narcissistic symptoms from PTSD: A diagnostic challenge. *Harvard Review Psychiatry*, 10, 28-36.
- SMIGELSKY, M. A. et al. (2022). Let's get «REAL»: A collaborative group therapy for moral injury. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 28(sup1), S42-S56.
- SMUCKER, M. R., DANCU, C. V., FOA, E. B. et NIEDEREE, J. L. (1995). Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from post-traumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(1), 3-17.
- SMUCKER, M. R., WEIS, J. et GRUNERT, B. (2020). Imagery rescripting therapy for trauma survivors with PTSD. Dans *Handbook of therapeutic imagery techniques* (p. 85-97). New York: Routledge.
- SOUCY, I. et PROVENCHER, M. D. (2019). Meilleures pratiques en traitement du TSPT en présence d'un trouble dépressif caractérisé. Dans S. BOND, G. BELLEVILLE et S. GUAY, *Les troubles liés aux événements traumatiques: Guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe*. Presses de l'Université Laval.
- STOPA, L. (2021). *Imagery in Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: Guilford Press.
- VAN DER HART, O., NUJENHUIS, E., STEELE, K. (2017). *Le soi hanté: dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. (F. Mousnier-Lompré; H. Dellucci trad.). De Boeck supérieur.

- VAN MINNEN, A. *et al.* (2015). Current Psychiatry Reports. *Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. Current Psychiatry Reports, 17*(3), 549.
- WILLIAMS, M. et PENMAN, D. (2013). *Méditer pour ne plus stresser: Trouver la sérénité, une méthode pour se sentir bien*. Paris: Odile Jacob.
- YEN, S. *et al.* (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(8), 510-518.

Table des matières

Chers collègues...	7
---------------------------------	---

Présentation de l'auteurice	11
--	----

PREMIÈRE PARTIE

Les symptômes post-traumatiques : données et diagnostic

Chapitre 1

Le trauma en quelques données	15
--	----

1.1 Les événements traumatiques sont-ils fréquents?.....	16
--	----

1.2 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)	18
--	----

1.3 Évolution du TSPT non traité	20
--	----

Chapitre 2

Le diagnostic de TSPT	22
------------------------------------	----

2.1 Le TSPT : une reconnaissance contemporaine	23
--	----

2.2 Les critères diagnostiques du TSPT	27
--	----

2.3 Le trouble de stress aigu (TSA)	34
---	----

2.4 Le TSPT se présente rarement seul	35
---	----

DEUXIÈME PARTIE
Comprendre les symptômes post-traumatiques

Chapitre 3

Bien conceptualiser le TSPT	43
3.1 Le modèle de conditionnement de Mowrer (1960).....	43
3.2 Le modèle de traitement émotionnel de Foa <i>et al.</i> (1989)	47
3.3 Le modèle de Joseph <i>et al.</i> (1995).....	50
3.4 Le modèle de traitement de l'information d'Horowitz (1986)	53
3.5 Peut-on comparer les divers modèles conceptuels?.....	58

Chapitre 4

Comprendre les facteurs associés à la détresse post-traumatique	63
4.1 Les facteurs déclencheurs	65
4.2 Les facteurs prétraumatiques fragilisants.....	71
4.3 Les facteurs de maintien.....	78

TROISIÈME PARTIE
**Comment aider les personnes victimes
de traumatisme?**

Chapitre 5

Particularités du travail thérapeutique auprès des personnes victimes	91
5.1 À quoi ressemble le travail thérapeutique auprès des personnes victimes?	91
5.2 Ne pas nous perdre de vue... et maintenir notre vitalité de soignants	93
5.3 Être soignant auprès des victimes: 10 conseils pour peaufiner l'attitude thérapeutique.....	94
5.4 Pièges guettant le thérapeute en situation d'urgence....	102

5.5	Aperçu du traitement des symptômes post-traumatiques	105
5.6	Critères guidant le choix des stratégies thérapeutiques.....	109

Chapitre 6

	Bien évaluer les symptômes post-traumatiques	110
6.1	L'entrevue clinique spécifique au TSPT	110
6.2	Comment mener l'entrevue clinique spécifique au TSPT	112
6.3	Les mesures de la détresse post-traumatique.....	116
6.4	Quelques autres mesures possibles	120
6.5	Les autres compléments à l'évaluation	125
6.6	La grille-résumé d'évaluation	127
6.7	Est-ce qu'il s'agit bien de symptômes post-traumatiques?	129

Chapitre 7

	Faire une bonne psychopédagogie des réactions post-traumatiques	136
7.1	Pourquoi transmettre de l'information aux victimes?.....	136
7.2	« Comment se fait-il que je réagisse ainsi? Est-ce normal? ».....	137
7.3	« À quoi servent mes symptômes? ».....	138
7.4	« Pourquoi suis-je la seule de mon équipe à souffrir autant? ».....	141
7.5	« Pourquoi ai-je agi ainsi lors de l'événement? ».....	144
7.6	« Pourquoi mon entourage agit-il ainsi envers moi? ».....	152
7.7	« Qu'est-ce qui m'attend si je poursuis la démarche thérapeutique? »	157
7.8	En conclusion: comment faire de la psychopédagogie?.....	158

Chapitre 8

Travailler les émotions associées au TSPT	159
8.1 Le rôle des émotions	159
8.2 En quoi travailler les émotions peut-il aider la victime?	160
8.3 Les étapes du processus émotionnel.....	162
8.4 Les objectifs thérapeutiques.....	166
8.5 Stratégies thérapeutiques émotionnelles: 10 étapes	167
8.6 La dissociation: un état à respecter et à apprivoiser.....	180
8.7 La colère post-traumatique envahissante: tout un défi pour le clinicien	183

Chapitre 9

Travailler les pensées associées à la détresse post-traumatique	191
9.1 Le rôle des cognitions dans la pathologie	192
9.2 Les cognitions et le TSPT.....	193
9.2.1 Les pensées automatiques et les attributions	195
9.2.2 Les distorsions cognitives.....	200
9.2.3 Les croyances fondamentales	206
9.3 La restructuration cognitive	214
9.4 Précautions thérapeutiques indispensables	214
9.5 «Est-ce bien de la restructuration cognitive que je fais?»	217
9.6 Plan des cinq étapes de restructuration cognitive	218
9.7 Comment utiliser la restructuration cognitive avec des victimes.....	219
9.7.1 Identifier les émotions et les pensées sources de détresse.....	221
9.7.2 Questionner les pensées: le questionnement socratique.....	225
9.7.3 Identifier les distorsions cognitives associées au TSPT	241
9.7.4 Formuler une pensée alternative réaliste.....	247
9.7.5 Travailler les croyances fondamentales.....	250

9.8	Cinq cognitions particulièrement difficiles : que faire ?.....	257
-----	---	-----

Chapitre 10

	Faciliter la détente et l'apaisement	263
10.1	La rééducation respiratoire.....	264
	10.1.1 La respiration diaphragmatique.....	264
	10.1.2 Le contrôle respiratoire.....	267
10.2	La relaxation musculaire progressive.....	269
	10.2.1 Difficultés thérapeutiques potentielles de la relaxation.....	273
	10.2.2 D'autres difficultés thérapeutiques potentielles.....	275
	10.2.3 Suggestions thérapeutiques.....	275
10.3	D'autres stratégies visant à favoriser l'acceptation, l'apaisement et la détente.....	276

Chapitre 11

	Cibler spécifiquement la diminution de l'évitement ...	279
11.1	Qu'est-ce que l'exposition graduelle <i>in vivo</i> ?	280
11.2	Quand l'exposition graduelle <i>in vivo</i> est-elle nécessaire?.....	281
11.3	Pourquoi évite-t-on à la suite d'un événement traumatique?	283
11.4	Pourquoi l'exposition graduelle <i>in vivo</i> fonctionne-t-elle?.....	286
11.5	Un mot sur l'attitude thérapeutique	290
11.6	Les étapes thérapeutiques qui jalonnent l'exposition graduelle <i>in vivo</i>	293
11.7	Des grilles hiérarchiques pour divers traumatismes.....	308
11.8	Difficultés thérapeutiques potentielles.....	312
11.9	Quelques conseils thérapeutiques	316
11.10	Envisagez d'autres modalités d'exposition	318
11.11	Pensez à d'autres mécanismes d'action et d'efficacité ...	319

Chapitre 12

Favoriser la digestion émotionnelle du trauma	320
12.1 Pourquoi a-t-on des symptômes envahissants à la suite d'un traumatisme?.....	321
12.2 Comment fonctionne l'exposition au souvenir du trauma?	324
12.3 Objectifs de l'exposition au souvenir du trauma.....	324
12.4 Pourquoi l'exposition au souvenir du trauma fonctionne-t-elle?.....	325
12.5 Recommandations au thérapeute	328
12.6 Niveau 1 : étapes des premières séances d'exposition au souvenir du trauma.....	329
12.7 Niveau 2 : étapes des séances suivantes	334
12.8 Niveau 3 : étapes des séances suivantes	337
12.9 Que faire avec les victimes qui ne désirent pas parler de l'événement?.....	339
12.10 Difficultés thérapeutiques potentielles.....	341
12.11 «Entendre le récit de l'événement traumatique me bouleverse»	343
12.12 Principales objections soulevées par les thérapeutes	345

Chapitre 13

Conclure la démarche thérapeutique	349
13.1 Dresser un bilan de l'impact du traumatisme sur la vie de la victime	350
13.2 Établir un bilan des progrès thérapeutiques réalisés	351
13.3 Prévenir la rechute et préparer le maintien des acquis.....	352
13.4 Terminer la démarche.....	353


QUATRIÈME PARTIE
**Mon client ne s'améliore pas :
pourquoi et quoi faire?**

Chapitre 14

«Au secours! Comment sortir de l'impasse thérapeutique?»	357
14.1 « Mon patient continue à se trouver dans une situation dangereuse ».....	357
14.2 « Mon patient souffre de dépression comorbide au TSPT ».....	359
14.3 « Mon patient présente de graves symptômes de dépendance »	361
14.4 « Mon patient souffre d'un vécu traumatique multiple ou d'un grave trouble de personnalité ».....	363
14.5 « Mon patient est très réticent à faire les exercices proposés »	366
14.6 Que faire quand la victime semble profiter de gains secondaires en raison de son état post-traumatique?....	368
14.7 Quand le retour au travail est difficile à organiser et à concevoir... ..	372
14.8 « Cette impasse pourrait-elle être due à des facteurs qui m'appartiennent? »	374
14.9 D'autres stratégies pourraient-elles être envisagées?	378
Références classiques, inspirantes, incontournables	383

Suivez-nous sur le Web
et les réseaux sociaux !

EDITIONS-HOMME.COM
EDITIONS-JOUR.COM
EDITIONS-PETITHOMME.COM
EDITIONS-LAGRIFFE.COM
RECTOVERSO-EDITEUR.COM
QUEBEC-LIVRES.COM
EDITIONS-LASEMAINE.COM



Être exposé à un événement tragique ou très éprouvant est malheureusement fréquent dans nos sociétés modernes. Or, cette expérience peut entraîner des problèmes psychologiques graves, des séquelles dites « post-traumatiques ». Aider les personnes aux prises avec cette détresse à retrouver leur autonomie, leur qualité de vie et leur confiance en la nature humaine représente souvent un énorme défi. De quelle manière les accompagner? Les aider à apprivoiser certaines situations qu'elles préfèrent éviter? Comment faciliter un sain processus émotionnel? Assouplir les interprétations qui maintiennent leur souffrance? Que faire pour favoriser une saine assimilation du souvenir douloureux? De quelle façon éviter l'impasse thérapeutique?

Ce guide, entièrement revu selon les dernières données de recherche et le DSM-5, est conçu à l'intention des cliniciens, des soignants et des intervenants qui travaillent en psychotraumatisme. Il présente en détail des stratégies thérapeutiques, de nombreux exemples de cas, des suggestions et des recommandations concrètes, ainsi que des références scientifiques. Peaufiné pendant les longues années de pratique de l'autrice à titre de psychologue, de superviseuse et de formatrice, il saura combler les besoins de tous ceux qui désirent améliorer leurs interventions cliniques auprès d'une patientèle traumatisée.



La Dr^e **PASCALE BRILLON** est psychologue et professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, où elle dirige le Laboratoire de recherche Trauma et Résilience. Fondatrice de l'Institut Alpha de Montréal, elle a reçu de nombreuses distinctions pour souligner l'excellence et le rayonnement d'une carrière internationale.

ISBN 978-2-7619-6234-6




Groupe
Livre
QUÉBECOR